



М.Т. СЕЙДУМАНОВ
 Главный врач ГКБ №4

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ №4

Сегодня Городская клиническая больница №4 - динамично развивающееся многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение по оказанию квалифицированной, специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи.

Уже много лет основными направлениями деятельности больницы являются травматология, ортопедия, а также оказание высокоспециализированной помощи ожоговым больным различной степени тяжести. Наличие инсультного центра, неврологических, терапевтических, урологических, нейрохирургических, гинекологических и реабилитационных коек, а также активная деятельность параклинических отделений определяют многопрофильность и способствуют расширению услуг нашей клиники, предоставляемых населению города.

Длительный и далеко не легкий путь пройден предшествующими поколениями медиков нашей больницы; и ныне работающие гордятся тем, что из маленькой больницы выросла современная клиника, с современным оборудованием, где оказывается специализированная медицинская помощь.

По материалам Центрального государственного архива г.Алматы из истории города известно, что 29 марта 1935 года г.Алма-Ата как город, являющийся центром республиканского объединения, был выделен из состава Алма-Атинской области в

самостоятельную административно-территориальную единицу.

12 сентября 1936 года Решением Президиума ЦИК Автономной Советской Социалистической Республики в Алма-Ате было образовано 4 района и утверждены границы Пролетарского района (впоследствии переименованного на Турксибский), Ленинского района (Жетысуйский), Сталинского района (Алмалинский), Фрунзенского района (Медеуский).

Спустя два года, 8 апреля 1938 года на заседании бюро ЦК КП (б) Казахстана принято решение о переименовании Пролетарского района на Кагановический район с центром на станции Алма-Ата I.

18 июля 1957 года Указом Президиума Верховного Совета КазССР Кагановический район переименован на Октябрьский, а 12 декабря 1995 года на Турксибский район.

В июле 1938 года при Исполнительном комитете Кагановического районного совета трудящихся был образован Кагановический райздравотдел.

Городская клиническая больница №4 имеет славную историю, которая своими корнями уходит в трудные 40-е годы, когда на территории

Казахстана свирепствовали такие тяжелые инфекционные болезни, как сыпной и брюшной тиф, паратифы, малярия, дифтерия, натуральная оспа и другие, унося тысячи человеческих жизней. В связи с этим, Городская клиническая больница №4 изначально была организована 20 декабря 1941 года как «Алматинская инфекционная больница №8». Больница была размещена в бывшей школе №22 Кагановичского района. Мощность больницы рассчитывалась на 200 коек: 80 коек – для сыпно-тифозных больных, 40 коек – для больных брюшным тифом, еще 80 изоляционных коек – для лихорадочных больных (взрослых и детей), снимаемых с поездов, о чем свидетельствует Приказ по Алма-Атинскому отделу здравоохранения от 20 декабря 1941 года №264, п.4.

В суровые годы войны ощущалась острая нехватка кадров, в том числе и врачей-инфекционистов, по этой причине больница фактически функционировала не на полную мощность.

В момент открытия больницы в штате состояло всего 2 врача, 6 врачей - ординаторов, 8 медицинских сестер, 4 санитарки, 1 бухгалтер, 1 статист-делопроизводитель, 1 сестра-хозяйка, 1 повар и 1 агент по снабжению с месячным окладом 250 рублей. Размеры зарплаты устанавливались решением Кагановичского райсовета депутатов трудящихся от 18 декабря 1941 года. Основанием для установки размера зарплаты являлись приказы Горздравотдела.

В развитие и становление больницы большой вклад внесли своим самоотверженным трудом главные врачи данного медицинского учреждения. Как умелые организаторы здравоохранения они уделяли большое внимание укреплению материально-технической базы, а также внедрению методов современной диагностики и лечения больных с тяжелыми травмами, с ожогами и развитию научно-практического и кадрового потенциала в соответствии с требованиями науки и времени как в СССР, так и в Казахстане.

Главные врачи ГKB №4:

- 1) Первым главным врачом была назначена врач скорой помощи Рудина Марьям Липовна, основание: приказ №254 19 декабря 1941 года по Алма-Атинскому отделу Здравоохранения.
- 2) С 01.02.1942 – 15.10.1943 гг. главный врач – Дмитриев Л.С.
- 3) С 15.10.1943 – 01.10.1945 гг. главный врач - Старикович Виктория Петровна
- 4) 01.10.1945 – 28.04.1950 гг. главный врач – Бондаренко Степан Иванович
- 5) С 21.04. – 18.10.1950гг. главный врач – Кузьмицкая Антонина Ильинична
- 6) С 18.10.1950 – 17.12.1958гг. главный врач – Калужский Алексей Анатольевич
- 7) С 17.12.1958 – 16.02.1963гг. главный врач – Бессонов Виталий Иванович
- 8) 16.02.1963 – 22.08.1966 главный врач – Белоконов В.М.
- 9) 22.08.1966 – 23.02.1972гг. главный врач – Калужский Александр Анатольевич
- 10) 15.03.1972– 1983 гг. главный врач – Чекина Зоя Александровна
- 11) 1983-1989 гг. главный врач – Дайырбеков Орынбай Дайырбекович
- 12) 1989-1997гг. главный врач – Шарипов Алмурат Сабдыкович
- 13) 1997-2006гг. главный врач – Кошимбеков Мурат Кошимбекович
- 14) 2006-2008гг. главный врач - Тогандыков Тлеукабыл Жусупович
- 15) 26.12.2008 – 29.01.2016гг. главный врач – Аманов Ануар Турсунжанович
- 16) С января 2016 года главный врач – Сейдуманов Манат Турарович

В годы Великой Отечественной войны Горздравотделом была проведена огромная работа, связанная с мобилизацией медицинских кадров города. Только за первые 1,5 месяца в ряды рабоче-крестьянской Красной армии было призвано 192 работника системы здравоохранения города. В их числе: врачи, фельдшеры, санитарки, водители и др. На территории Алма-Аты находилась крупнейшая тыловая госпитальная база. Из прибалтийских республик и РСФСР в систему городского отдела здравоохранения было эвакуировано 27 человек, среди них врачи, фельдшера, средние медицинские работники, фармацевты.

В целях улучшения оказания лечебной помощи в частях Алма-Атинского гарнизона 29 апреля 1943 г.

была организована гарнизонная поликлиника при эвакогоспитале. В том же году филиал станции скорой помощи Кагановичского района в связи со значительным объемом работы был выделен в самостоятельную единицу.

Работа медико-санитарных учреждений, обслуживающих оборонные предприятия и оказывающих помощь эвакуированным с фронта, а также выполнение мероприятий, направленных на предупреждение пищевых интоксикаций и желудочно-кишечных инфекций, находились на личном контроле заведующего горздравотделом с ежедневной сводкой к 17.00 от 4 райздравотделов (Ленинского, Сталинского, Фрунзенского и Кагановичского). В этом направлении одновременно с другими лечебными

учреждениями города инфекционная больница №8 внесла огромную лепту в лице тогдашнего главного врача Рудиной М.Л.

С увеличением численности населения города Алма-Аты возникла насущная потребность в расширении коечного фонда инфекционной больницы. В 1944 году мощность больницы возросла до 75 коек, а к 1950 году количество коек увеличилось до 110.

В целях улучшения лечебно-профилактического обслуживания населения и санитарно-противоэпидемической деятельности учреждений здравоохранения на основании решения Исполкома Алма-Атинского Городского Совета депутатов трудящихся от 08 марта 1950 года в соответствии с Постановлением Совета Министров СССР от 31 октября 1949 года №5036 «Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения» Приказом по Алма-Атинскому отделу Здравоохранения от 01 апреля 1950 года №67 «Инфекционная больница №8» была объединена с амбулаторией №7, детской, женской консультацией и молочным (кухня) раздаточным пунктом и была переименована на «Городская больница №4», в которой были определены отделения и установлен следующий профиль коек, как:

1. Туберкулезные – 60
2. Инфекционные – 40
3. Родильные – 30
4. Детские – 25
5. Терапевтические – 45

Об этом свидетельствуют записи из архивных материалов в книге приказов от 1950 г. «Городской инфекционной больницы №8» и «Городской больницы №4».

В составе больницы функционировали лаборатория, рентген - кабинет, поликлиника. Общее количество сотрудников было – 118, из них врачей 26, а количество среднего медперсонала с акушерками - 57.

А в 1970 г. вблизи Роши Баума было построено первое лечебное учреждение, соответствующее современным архитектурным стандартам лечебного стационара того периода на 500 коек. Первоначально в больнице функционировали 200 коек и поликлиника на 150 посещений в смену.

Статус городской клинической больницы был получен по прошествии двух лет в 1972 г., когда в ней появилась кафедра ортопедии и травматологии Алма-Атинского государственного медицинского института при непосредственном участии заведующего кафедрой профессора Пальгова К.А. Клиника с первого дня своей деятельности была разделена на отделение острой травмы,

сочетанной, осложненной, термической травмы и отделение ортопедии.

Городская клиническая больница №4 преобразована в Государственное казенное предприятие «Городская клиническая больница №4» на 430 коек с отделением острой травмы, сочетанной, осложненной, термической травмы, отделением ортопедии, терапии, неврологии, платный родильный дом и другие отделения (отделение лучевой диагностики, отделение экстракорпоральной детоксикации, лаборатория, физиолечение, отделение гипербарической оксигенации). С января 2007 г. в ГКБ №4 дополнительно открыты отделения экстренной гинекологии, общей, гнойной хирургии и урологии. С 01.01.2011г. ГКП «Городская клиническая больница №4» на праве хозяйственного ведения.

В течение многих лет больница является также учебно - клинической базой кафедры Казахского Национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова (и.о.ректора Хамзина Н.К.), Казахстанско-Российского медицинского университета (ректор Джайнакбаев Н.Т.), где трудятся именитые профессора, доктора медицинских наук, которые внесли большой вклад в подготовку многих поколений врачей и студентов – это в первую очередь кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ (проф. Альходжаев С.С.), хирургических болезней №1 (профессор Баймаханов А.Н.), пропедевтики внутренних болезней (проф. Есенжанова Г.М.), кафедры анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова (проф.Исраилова В.К.), кафедры акушерства и гинекологии №1 (доцент Сармулдаева Ш.К.) а также учебно-клинической базой городского, Республиканского медицинского колледжа. С 2016 года активно работают кафедры КРМУ: Департамент внутренних болезней с визуальной диагностики (проф. Жангабылов А.К., проф. Сулейменова Р.А.), клинической фармакологии (Темиргалиева Э.М.).

По программе Президента РКН.Назарбаева «100 школ, 100 больниц» в апреле 2012 года введено в эксплуатацию новое здание больницы площадью 42.000 кв.м.

В связи с открытием нового здания и увеличением площадей коечный фонд клиники составляет 415 бюджетных коек и 50 коек в отделении платных услуг. В составе больницы работают отделения: эндопротезирования (зав. Аубакирова М.Г.), острой травмы (зав. Жумагулов М.О.), сочетанной травмы (зав. Тусупов Д.М.), ортопедии (зав. Чучуло А.Н.), хирургии (зав. Смагулов А.М.), урологии (зав. Хамзин А.А.), гинекологии (зав. Лысенков С.А.), отделение комбустиологии (зав. Биконуров Н.О.), терапии (зав. Саулеева Ж.К.), неврологии и инсульта центра (зав. Кокуров А.Л.),

многопрофильное хозрасчетное отделение (зав. Жусупова Р.Т.), реабилитации (зав. Бимуратова Н.Б.), отделение лучевой и функциональной диагностики (зав. Джанабаева Р.К.), приемное отделение с травматологическим пунктом (зав. Махмудов Р.М.), костно – гнойное отделение (зав. Гайсин Р.Р.), гемодиализ (и.о. зав. Чипурнов О.Е.) консультативно – диагностическое отделение (Калиева Н.Н.), аптека (зав. Сопибекова Н.К.), реанимация и интенсивная терапия (зав. Сулейменов Б.К.), операционный блок (Турекулов Р.С.), лаборатория (и.о. зав. Дигарбек А.К.). Все диагностические подразделения, операционный блок, реанимация обеспечены современным оборудованием. Имеет в своем составе, кроме клинических подразделений, отделения реанимации и интенсивной терапии, хорошо оснащенную централизованную клинко-биохимическую, бактериологическую лабораторию, а также другие вспомогательные службы.

Городская клиническая больница №4 является хранительницей и продолжательницей лучших традиций не только в лечении и диагностике по всем основным клиническим направлениям, но и в вопросах наставничества, воспитания и обучения молодежи передовым методам работы.

Первые врачи больницы заложили главные принципы работы – честное служение медицине, гуманное отношение к больным, постоянная работа над собой, неуклонный профессиональный рост. Человеколюбие, сострадание, милосердие в самом лучшем понимании этого слова были и остаются характерными особенностями в работе медицинских работников данной клиники. Многолетний опыт работы клиники подтверждает верность коллектива медицинских работников этим принципам.

Сегодня в Городской клинической больнице №4 трудится 991 человек, из них 158 врачей и 429 средних медицинских работников.

Медицинские работники ведут активную политику по пропаганде здорового образа жизни, обучению населения принципам ранней реабилитации в послеоперационном периоде путем укрепления своего здоровья, профилактики острых травм и заболеваний. Свою приверженность принципам здорового образа жизни медики подтверждают активным участием во всех спортивных и культурных мероприятиях района, проведением бессрочной антитабачной акции, в ходе которой территория больницы объявлена зоной, свободной от курения.

Специалисты отделений – врачи высшей категории, которые постоянно проходят курсы повышения квалификации, регулярно принимают участие в казахстанских и международных симпозиумах,

конгрессах. Это позволяет своевременно внедрять эффективные методики. В частности, в нашем травматологическом отделении успешно применяются следующие технологии: накостный остеосинтез пластинами, интрамедуллярный остеосинтез, внеочаговая фиксация аппаратами, малоинвазивный остеосинтез, лечение несросшихся переломов и ложных суставов, восстановление связочного аппарата при свежих и застарелых повреждениях, костнопластическое замещение дефектов костей, кожная пластика и т.д. (используются имплантаты американского, российского, немецкого и швейцарского производств).

Стратегия нашего государства – качественное преобразование всех сторон жизни общества, коренное обновление его материально-технической базы на основе достижений научно-технической революции. В ходе реализации приоритетного национального проекта Программы «Саламаты Казакстан» через Управление здравоохранения города (руководитель Ахметов В.И.) клиника получила дыхательные аппараты и мониторы, ЭКГ-аппарат, УЗИ-аппарат, новейшее рентгенодиагностическое и лабораторное оборудование (ИФА-аппарат, различные анализаторы крови и мочи), аппарат компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии. Из года в год улучшаются качественные показатели работы больницы.

Главным критерием оценки качества диагностической и лечебной работы любой клиники является показатель летальности. Только за последние 5 лет летальность снижена в 2 раза и составляет 2,1%. Каждый год медицинские работники возвращают к здоровой жизни свыше 16 000 пациентов, только за период с 2015 – 2016 гг. клиникой увеличено оказание ВСМП с 29 до 51 технологий.

Под руководством Акима города Алматы Бауыржана Байбека разработана Программа развития города «Алматы – 2020», особенное внимание в которой уделено развитию и модернизации медицины.

В рамках данной программы в 2016 г. в клинике внедрен инновационный проект – EMERGENCY ROOM и медицинская информационная система «Авиценна». В результате модернизации по принципу EMERGENCY ROOM получены следующие результаты:

- создан фронт-офис, включающий встречу пациентов при поступлении, коммуникацию, получение и ввод регистрационных данных;
- мультидисциплинарный, пациентоориентированный осмотр в единой смотровой зоне; внедренатриаж-система

(трехуровневое оказание неотложной медицинской помощи);

– служба поддержки пациентов и внутреннего аудита расположена непосредственно в ПП, для разрешения споров по принципу «здесь и сейчас»; создан зал ожидания - зона комфорта и доверия, с возможностью дистанционного видеонаблюдения родственниками и сопровождающими за оказанием медицинской помощи «Adocus!» за поступившими в приемном отделении;

– внедрена МИС «Авиценна» (имеется сертификат по информационной безопасности).

В результате данной реорганизации:

– повысилась доступность и качество оказания медицинских услуг за счет повышения степени соответствия лечения и обследования установленным стандартам, что снизило количество врачебных ошибок и привело к сокращению жалоб в 1.7 раза;

– сократилось количество дополнительно проводимых консультаций, обследований и исследований анализов – с 911.018 до 897.275, то есть на 13.743 назначаемых различными специалистами из-за отсутствия данных о ранее проведенных процедурах;

– сокращены временные затраты с 25-30 мин. до 8-10 мин. на оформление мед.документации мед. персонала, в том числе за счет автоматизации поиска необходимой информации в 5 раз, ведения и обработки документации в 2 раза;

– доступа к персональной медицинской информации о пациенте в 10 раз;

– подготовки отчетов, заключений и других документов, что позволило сократить время пребывания пациента в приемном покое с 2 часов и более до 40-50 минут;

– данная реорганизация дала возможность развернуть дополнительные мощности с 7-10 до 28-30 пациентов, одновременно для оказания медицинской помощи, при массовом поступлении пострадавших; обращаемость пациентов увеличилась – и за 5 месяцев внедрения составила 23545 в 2016г. в 2015 г. за аналогичный период – 22780.

– речевая идентификация (голосовой ввод) позволила существенно сократить время на оформление и заполнение документации в 3 раза; улучшилась преемственность между ПМСП (передача активов).

Членами конкурсной независимой комиссии по смотру приемных отделений среди многопрофильных клиник г. Алматы во время учений с имитацией массового поступления пациентов с политравмой высоко оценена работа отделения в новых условиях и рекомендована для внедрения во всех многопрофильных клиниках города. Данная модернизация одобрена представителями городских правоохранительных органов (прокуратура, КНБ), а также международными инспекторами комиссии FISU по медобеспечению «Универсиада-2017».

Управлением здравоохранения г. Алматы 22.10.2016 года данный проект презентован и получил положительное заключение на рабочем совещании «Модернизация и приоритетное развитие службы скорой медицинской помощи в Республике Казахстан» под председательством Министра здравоохранения и социального развития РК Дуйсеновой Т.К.

Как видно из вышеизложенного, в юбилейный год крупная многопрофильная клиника – ГКБ №4 – южной столицы приступила к реализации Программы модернизации, провозглашенной в послании Президента Н.А. Назарбаева «СОЦИАЛЬНАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ КАЗАХСТАНА: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда», которые включает в себя множество задач. Первые шаги к положительным изменениям уже сделаны, но предстоит сделать еще многое, и это по плечу сплоченному коллективу ГКБ №4, работающему под девизом «ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ».



ПСИХИАТРИЯ ЖӘНЕ НЕВРОЛОГИЯ | ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ PSYCHIATRY AND NEUROLOGY

А.А. Шойбекова, С.Н. Исакова
Городская клиническая больница №4

ДОРСОПАТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ

УДК 611.711.6

Введение. Среди заболеваний периферической нервной системы ведущим является дорсопатия, на которую приходится до 70% всех случаев боли в спине. В настоящее время она превратилась в значительную медико-социальную проблему. Основная распространенность данного заболевания наблюдается среди трудоспособного населения, причем у заболевших отмечается первичная инвалидизация 41,1% [1, 2]. Использование разных диагностических методов, применение лекарственных средств и методик традиционной медицины, а также достижений нейрохирургии позвоночника не решают однозначно многие вопросы лечения и реабилитации больных с неврологическими проявлениями дегенеративных заболеваний позвоночника [3–5].

Наряду с традиционными схемами лечения представляется интересным и перспективным использование методов рефлексотерапии и комплексных препаратов, позволяющих расширить терапевтические возможности для пациентов с наличием противопоказаний, резистентности или выраженных побочных эффектов к применению классической медикаментозной терапии [1, 6–9]. Особое значение имеет разработка рефлекторно-медикаментозного воздействия при дорсопатии в сочетании с неврологической симптоматикой, ухудшающей качество жизни пациента [10]. Вышеизложенное обусловило проведение работы, посвященной анализу эффективности различных схем лечения при дорсопатии.

Целями настоящего исследования являлись разработка и научно-методическое обоснование патогенетически направленной рефлекторно-медикаментозной технологии при дорсопатии поясничного отдела на основе сочетанного применения корригирующих методик.

В данной статье изложены проблемы дегенеративных изменений межпозвоночных дисков поясничного отдела позвоночника. Вопросы лечения больных с пояснично-крестцовой дорсопатией, где сочетано применяются классическое иглоукалывание и фармакопунктура комплексными препаратами. Разработанная программа сочетанного применения классического иглоукалывания и фармакопунктуры комплексными препаратами обладает выраженным терапевтическим воздействием, проявляющимся в интенсивном обезболивающем эффекте, более эффективном восстановлении клинической симптоматики, что позволяет усилить лечебный эффект в целом и улучшить качество жизни пациента.

Ключевые слова: дорсопатия поясничного отдела позвоночника, комплексное лечение

Материалы и методы.

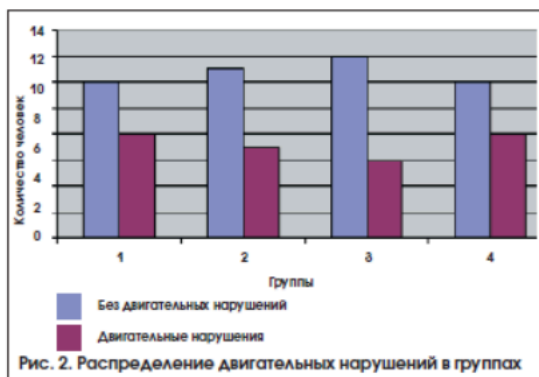
Под наблюдением находилось 80 больных (43 женщины и 37 мужчин) с диагнозом «дорсопатия на поясничном уровне» в стадии затянувшегося обострения и с наличием неврологических проявлений и формированием клинических синдромов (рефлекторных и компрессионных). Сагиттальный размер межпозвоночных грыж дисков составлял не более 9 мм, стеноз позвоночного канала – менее 70%. Возраст пациентов колебался от 20 до 60 лет. Критериями исключения из исследования являлись: декомпенсированные состояния основных органов и систем, тяжелые соматические заболевания, наличие новообразований, прием антиконвульсантов, антидепрессантов, барбитуратов, анксиолитиков менее чем за 24 ч до исследования, алкогольная и наркотическая зависимость в анамнезе. Применялись следующие

методы исследования: неврологический осмотр (с применением оценочных 4-балльных шкал, где 1 балл определял отсутствие эффекта, 2 балла – незначительное улучшение, 3 балла – умеренное улучшение, 4 балла – значительное улучшение), боль в покое по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), индекс мышечного синдрома, опросник Роланда – Мориса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности», опросник Освестри «Нарушение жизнедеятельности при боли в нижней части спины», опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН), электронейромиография в начале лечения и в динамике через 2 нед. после курса, МРТ поясничного отдела позвоночника для верификации диагноза и через 6 мес. – 1,5 года после курса лечения. Обследуемые были разделены на 4 лечебные группы: 3 основных и 1 контрольную, по 20 человек в каждой. Фоновое

воздействие в группах включало медикаментозную терапию НПВС и миорелаксантами в сочетании с ЛФК. В 1-й группе проводили классическое иглоукалывание в сочетании с фармакопунктурой комплексными препаратами (дексаметазон) курсом № 10, во 2-й группе – курс классического иглоукалывания № 10. В группе контроля применялась только фоновая терапия (НПВС, миорелаксанты, лечебная физкультура).

Результаты:

Выделенные группы были сопоставимы по возрастному и половому составу. В результате исследования среди наблюдаемых пациентов рефлекторные синдромы были установлены в 48 случаях, корешковые – в 32. Чувствительные нарушения отмечались у 60% наблюдаемых, двигательные – у 40%. Группы были сопоставимы по распределению двигательных и чувствительных нарушений (рисунок 1, 2).



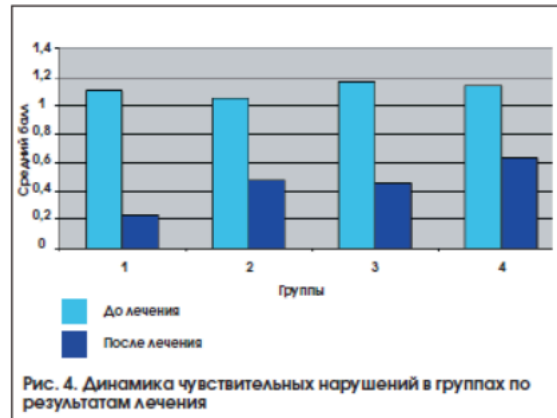
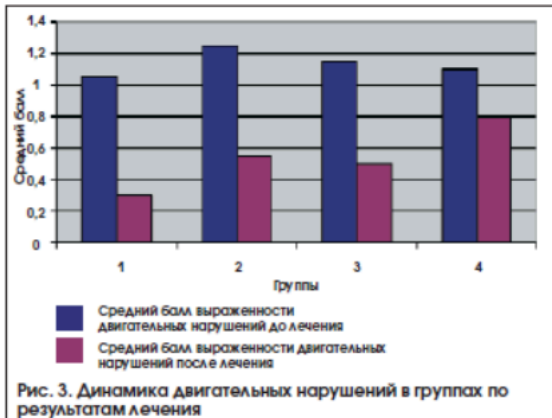
После лечения по результатам неврологического осмотра и тестирования предложенных клинических шкал были получены положительные результаты во всех группах исследования. Но наиболее значимая положительная динамика наблюдалась в 1-й группе при комплексном применении классического иглоукалывания и фармакопунктуры средний показатель положительной динамики по клиническим шкалам составил 74,4%. При отдельном применении этих методов лечения во 2-й группе эти показатели были несколько ниже – 51,8% соответственно. В группе контроля положительная динамика была клинически менее значимой – 23,7% ($p < 0,05$). Рассмотрим основные клинические показатели по результатам проведенного курса лечения в текущем исследовании.

При оценке дефанса паравертебральных мышц отмечалась положительная динамика во всех группах, но в 1-й группе зарегистрировано

улучшение на 56,7%, во 2-й результаты были сопоставимы – 37,1% в группе контроля результат составил 17,6% ($p < 0,05$). Подобная тенденция сохранялась при оценке динамики ограничения объема движений в поясничном отделе. В 1-й группе зарегистрировано улучшение на 67,5%, во 2-й – на 50,6%, в группе контроля результат составил 34,3% ($p < 0,05$).

При оценке двигательных нарушений отмечено достоверное уменьшение показателей среднего балла двигательных нарушений ($p < 0,05$ по критерию Вилкоксона). Наиболее выраженная положительная динамика отмечалась также в 1-й группе – 71,4%, в сравнении со 2-й – 56% соответственно, в контрольной группе – 27,2% ($p < 0,05$) (рисунок 3).

Представленные данные сопоставимы с оценкой динамики чувствительных нарушений в баллах: 1-я группа – 79%, 2-я – 54,2%, 3-я – 44% ($p < 0,05$) (рисунок 4).



Отмечалось достоверное уменьшение показателей среднего балла нарушений чувствительности ($p < 0,05$ по критерию Вилкоксона).

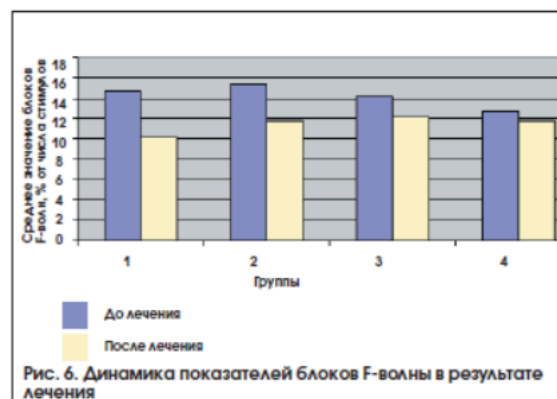
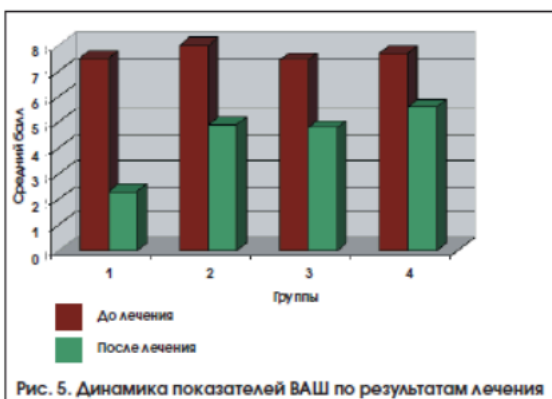
При оценке динамики снижения обострения заболевания оценивались симптомы натяжения: симптом Ласега, симптом Нери, симптом Вассермана – Мацкевича, симптом посадки. Отмечалось достоверное уменьшение показателей

среднего балла выраженности симптомов натяжения с преобладанием в 1-й группе ($p < 0,05$ по критерию Вилкоксона) (таблица 1).

Отмечалось также достоверное уменьшение показателей среднего балла нарушений чувствительности ($p < 0,05$ по критерию Вилкоксона).

Таблица 1 - Динамика снижения выраженности синдромов натяжения

Клинический симптом	1-я группа (компл.лечение, классическое иглоукальвание + фармакопунктура)	2-я гр. (комплексное)	Группа контроль
Симптом Ласега	86,9	66,7	43
Симптом Нери	85,5	56,3	45,2
Симптом Вассермана и - Мацкевича	74,2	46,7	30
Симптом посадки	84,3	61,2	45,4



Обсуждение.

Лечение дорсопатии на патофизиологическом уровне представляет собой комплекс мер, обладающих противовоспалительным, противоотечным, регенерирующим и микроциркуляторным действием с обеспечением комфортных условий для восстановления функционирования пораженных тканей позвоночно-двигательного сегмента в целом. В данном случае применение фармакопунктуры комплексными препаратами является

медикаментозной основой воздействия, а применение классического иглоукальвания служит функциональной составляющей, усиливающей регионарный метаболизм, в т. ч. влияя на микроциркуляторное русло, а также стимулируя проводимость нервного импульса, что особенно актуально при наличии неврологических проявлений. Сочетание вышеуказанных факторов представляется эффективным и перспективным звеном в комплексном лечении дорсопатии, наиболее полно обеспечивающим процессы

саногенеза.

Анализ данных клинического осмотра с применением диагностических шкал свидетельствует о высокой эффективности предложенного комплексного лечения пациентов с неврологическими проявлениями на фоне дорсопатии. Об этом свидетельствует выраженная регрессия двигательных и чувствительных нарушений у пациентов 1-й группы (с достоверным отличием от пациентов 2-й группы). Выраженный обезболивающий эффект у пациентов 1-й группы был достоверно подтвержден с помощью данных клинического осмотра и ВАШ и, по-видимому, был обусловлен сочетанием анальгетического эффекта как классического иглоукалывания, так и действием комплексных препаратов, применяемых при фармакопунктуре. Это подтверждается уменьшением выраженности обезболивающего эффекта во 2-й группе. Улучшение клинического статуса закономерно сопровождается положительной динамикой показателей качества жизни пациента. Эти предположения подтверждены с помощью опросника Роланда –

Морриса, опросника Освестри, а также опросника САН с достоверным преобладанием показателей в 1-й группе. Полученные результаты свидетельствуют о перспективах комплексного применения методов рефлексотерапии.

Заключение.

Проблема лечения и реабилитации больных с дорсопатией признана мультидисциплинарной, что подразумевает комплексный подход к разработке эффективных технологий лечения. Предложенное комплексное рефлекторно-медикаментозное воздействие с сочетанием предложенных рефлексотерапевтических методов подразумевает комбинирование структурных и функциональных изменений. Разработанная программа сочетанного применения классического иглоукалывания и фармакопунктуры комплексными препаратами обладает выраженным терапевтическим воздействием, проявляющимся в интенсивном обезболивающем эффекте, более эффективном восстановлении клинической симптоматики, что позволяет усилить лечебный эффект в целом и улучшить качество жизни пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Агасаров Л.Г. Технологии восстановительного лечения при дорсопатиях. - М.: Инфра-М, 2010. – 126 с.
- 2 Комлева Н.Е. Совершенствование реабилитационно-профилактических мероприятий на основе технологий восстановительной медицины для пациентов с вертебро-неврологическими заболеваниями: автореф. дис. ... д-р.мед. – М., 2012. – 51 с.
- 3 Рачин А.П., Выговская С.Н., Нувахова М.Б., Аверченкова А.А. Практические аспекты терапии хронической боли в спине // РМЖ. - 2015. - № 12. – С. 660–663
- 4 Серебренников А.Н. Предоперационная подготовка больных с грыжами межпозвонковых дисков с использованием излучений оптического диапазона: автореф. дис. ... канд. мед.наук - Томск, 2000. - 20 с.
- 5 Басков А.В., Борщенко И.А. Техника и принципы хирургического лечения заболеваний поясничного и грудного отделов позвоночника. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 112 с.
- 6 Агасаров Л.Г. Руководство по рефлексотерапии. – М.: Арнебия, 2001. – 304 с.
- 7 Агасаров Л.Г. Фармакопунктура (фармакопунктурная рефлексотерапия). - М.: Арнебия, 2013. – 192 с.
- 8 Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 368 с.
- 9 Сурская Е.В. Современные аспекты лечения дорсопатии. // РМЖ. – 2009. – Т. 17. - №20. - С.1311–1313.
- 10 Путилина М.Е. Фармакопунктура как метод оптимального применения комплексного гомеопатического препарата Дискус композитум в восстановительной коррекции нейровертеброгенных синдромов: автореф. дис. ... канд. мед. – М., 2001. – 42 с.

А.А. ШОЙБЕКОВА, С.Н. ИСАКОВА

№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы

БЕЛ ОМЫРТҚА ДОРСОПАТИЯСЫ: ЕМДЕУДІҢ КЕШЕНДІ ТӘСІЛІ

Түйін: Бұл мақалада бел омыртқа дискілерінің дегенеративті өзгерістері сипатталады. Бел-сегізкөз дорсопатиясы бар науқастарды кешенді дәрі-дәрмекпен емдеумен бірге, қосарланған инемен емдеудің тиімді жолдары көрсетілген. Ұсынылған бағдарламада қосарланған инемен емдеу және кешенді дәрілерді қолдану, науқастың ауыру сезімдерін қарқынды түрде басып, аурудың клиникалық белгілерінің нәтижелі қалпына келуіне және оның өмір сүру сапасының жақсаруына мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: бел омыртқа дорсопатиясы, кешенді емдеу.

A.A. SHOYBEKOVA, S.N. ISAKOVA

City Clinical Hospital №4

DORSOPATHIES LUMBAR SPINE: AN INTEGRATED APPROACH TO THERAPY

Resume: This article describes the degenerative changes in the intervertebral discs of the lumbar spine. Questions of treatment of patients with lumbosacral dorsopathy, which combines classical acupuncture and pharmacopuncture complex drugs used. The developed program combined use of classical acupuncture and drugs pharmacopuncture complex has a pronounced therapeutic effect, manifested in an intense analgesic effect, more efficient recovery of clinical symptoms, allowing you to enhance the therapeutic effect as a whole and improve the patient's quality of life.

Keywords: dorsopathies lumbar spine, complex treatment.

С.Н. Исакова, И.Ж. Куанышбаева, Г.С. Байсымаков, Д.Ж. Шохоев

Городская клиническая больница №4

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИНПОЦЕТИНА (КАВИНТОН) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

УДК 615.036

В

ведение.

Хроническая ишемия головного мозга является на сегодняшний день особой формой цереброваскулярной патологии, обусловленная медленно прогрессирующим диффузным нарушением кровоснабжения головного мозга с постепенно нарастающими разнообразными дефектами его функционирования. Термин «хроническая ишемия мозга» используется в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра вместо применявшегося ранее термина «дисциркуляторная энцефалопатия»[1]. Две трети всех инсультов и половина всех случаев ИБС обусловлены АГ, и это становится причиной 7 млн смертей и 64 млн случаев инвалидизации ежегодно. Особенно сильная корреляция наблюдается между АГ и риском инсульта.«... в Казахстане болезни системы кровообращения занимают I-е место среди всей заболеваемости и I-е место в структуре смертности среди населения» По результатам программы скрининговых исследований и профилактических осмотров в РК: обследованы 1.850. 000 ч-к выявлено больных АГ в 2008г. - 197.178 человек 2009г. уже 227.531 человек[2].

Наиболее часто к хронической гипоперфузии мозга приводит артериальная гипертония. Минимизировать отклонения циркуляторного и химического гомеостаза головного мозга при различных функциональных состояниях призваны ауторегуляторные механизмы церебрального кровотока.

Цели исследования:

- ✓ Оценить скоростные показатели церебрального кровотока у больных молодого возраста с хронической ишемией мозга на фоне артериальной гипертонии 1-2-ст.
- ✓ Определить уровень сохранности ауторегуляторных механизмов церебрального кровотока у данной категории больных.
- ✓ Оценить влияние комплексного лечения с применением винпоцетина и экватора на церебральную гемодинамику и

В данной статье освещена проблема хронической ишемии головного мозга и современной тактики ведения пациентов с данной патологией. У больных с хронической ишемией головного мозга на фоне АГ 1-2 ст. отмечается снижение уровня церебрального кровотока и снижение цереброваскулярного резерва.

Ключевые слова: хроническая ишемия головного мозга, винпоцетин

цереброваскулярный резерв у больных с хронической ишемией мозга на фоне артериальной гипертонии 1-2-ст.

- ✓ Сравнить результаты терапии в двух группах с учетом комплекса применяемых препаратов.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 40 пациентов: 20 человек основная группа, 20 человек – контрольная группа, возраст - 35-50 лет.

- Клинический диагноз: артериальная гипертония 1-2 ст.
- Хроническая ишемия головного мозга(ДЭП 1-2 ст). (в соответствии с клиническими критериями и отечественной классификацией сосудистых поражений головного и спинного мозга Е.В. Шмидта) [3].

Распределение основных клинических синдромов в исследуемых группах пациентов:

1. Астенический с-м-88%
2. Психопатологические нарушения (84 %)
3. Вестибулярный синдром (46 %)
4. Умеренные ликвородинамические нарушения (38%)

Дизайн исследования: до и после лечения (через 10) проводили:

- общий неврологический осмотр + нейропсихологический статус;
- УЗДГ МАГ + ТКД с проведением функциональных проб (гипер- и гипокпапническую) + определяли ЦВР

Группы исс-я	мужчины	женщины
Основная группа	12(30%)	8(20)
Контрольная группа	11(27,5%)	9(22,5%)
Всего	21(57,5%)	9(42,5%)

Группы исс-я	35-40 лет	41-45 лет	46-50 лет
Основная группа	6(15%)	7(17,5%)	7(17,5%)
Контрольная группа	7(17,5%)	7(17,5%)	7(17,5%)
всего	13(32,5%)	14(35%)	13(32,5%)

Схема лечения пациентов основной группы, разработанная Российскими коллегами [4]

Схема применения Винпоцетина (Кавинтон)

1-2 день: 20 мг в 200 мл физиологического раствора в/в капельно

3-4 день: 30 мг в 400 мл физиологического раствора в/в капельно

5-6 день: 40 мг в 400 мл физиологического раствора в/в капельно

7-10 день: 50 мг в 400 мл физиологического раствора в/в капельно

Экватор 1 т. х 1 раз в день

Схема лечения пациентов контрольной группы

- Пентоксифиллин в/в капельно №10 + гипотензивные препараты, которые ранее принимали пациенты

Показателей церебральной гемодинамики:

При изучении параметров делали акцент на следующие показатели:

- ЛСК(макс, min) (СМА L&R; БА)
- индекс циркуляторного сопротивления (Ri);
- индекс пульсации (Pi);

по результатам гипо- и гиперкапнической пробы определяли прогностический параметр ЦВР (CVR)

Диастолическая частота максимальная (ЛСК min)

зависит от сопротивления кровотоку дистальнее места измерения: чем больше сопротивление, тем меньше скорость

Индекс циркуляторного сопротивления (резистивности) RI (индекс Пурсело)

$$RI = (V_{max} - V_d) / V_{max}$$

Увеличение индекса свидетельствует о возрастании периферического сопротивления кровотоку дистальнее места измерения (стеноз, ангиоспазм, тромбоз и т.д.), а его уменьшение - о снижении сопротивления (артериовенозный шунт, дилатированный сегмент)

Индекс пульсации PI (индекс Гослинга).

$$PI = (V_s - V_d) / V_m,$$

Отражает упруго-эластические свойства артерий проксимальнее области локации, достоверно снижается с возрастом

Гиперкапническая проба

коэффициент реакции на гиперкапнию:

$$P_{cCO_2} = (ACO_2) / A_o,$$

где A - средняя скорость кровотока.

Нормальные величины соответствуют диапазону 1,2-1,4 (менее 1,2 – резерв вазодилатации сужен, более 1,4 - расширен).

Гипокапническая проба (гипервентиляционная).

Показатель реакции на гипокапнию:

$$P_{cO_2} = 1 - (AO_2 / A_o)$$

Нормальные величины соответствуют диапазону 0,3 -0,5 (менее 0,3 – резерв вазоконстрикции сужен, более 0,5 - расширен).

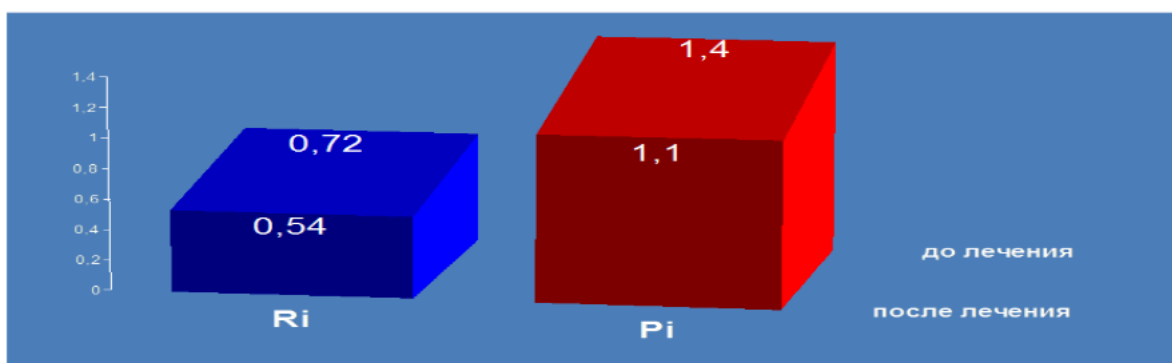
Параметры церебрального кровотока в основной группе:

	ЛСК(макс) См/с	ЛСК(min)	Ri	Pi	CVR(%)
До лечения	72±12	34±8	0,72±0,04	1,4±0,06	76±4
Через 10 дней	94±12	50±8	0,54±0,04	1,1±0,06	88±4
эффективность	22	16	0,18	0,3	12

Параметры церебрального кровотока в основной группе:

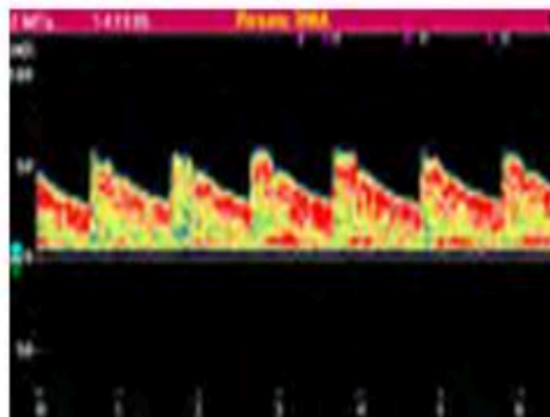
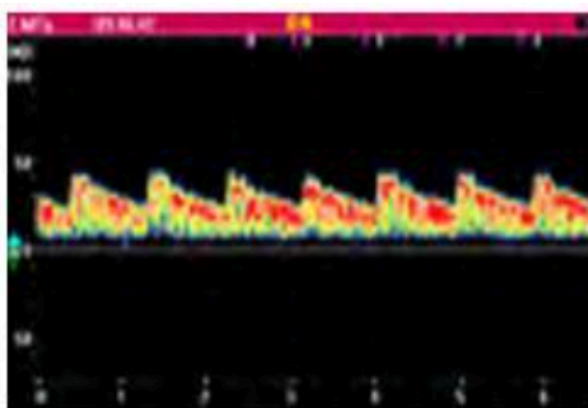


Рисунок 1 - Параметры церебрального кровотока в основной группе Ri, Pi

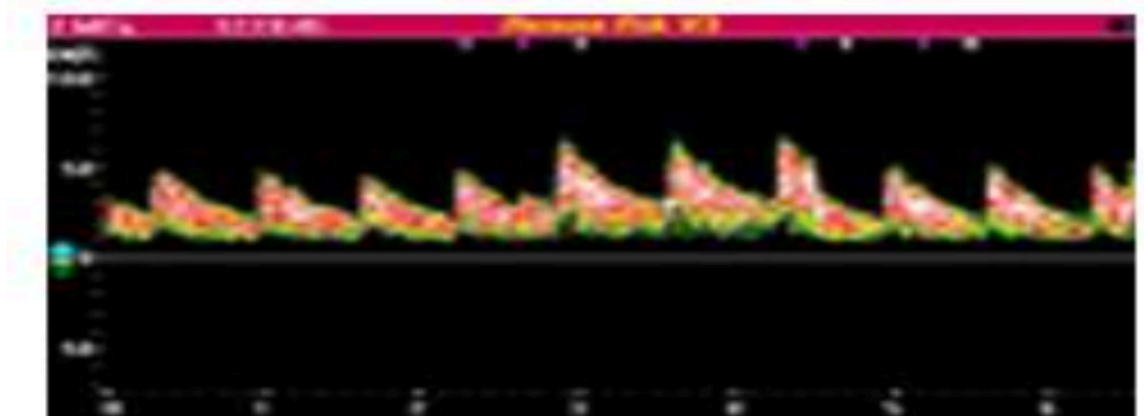


До лечения

После лечения



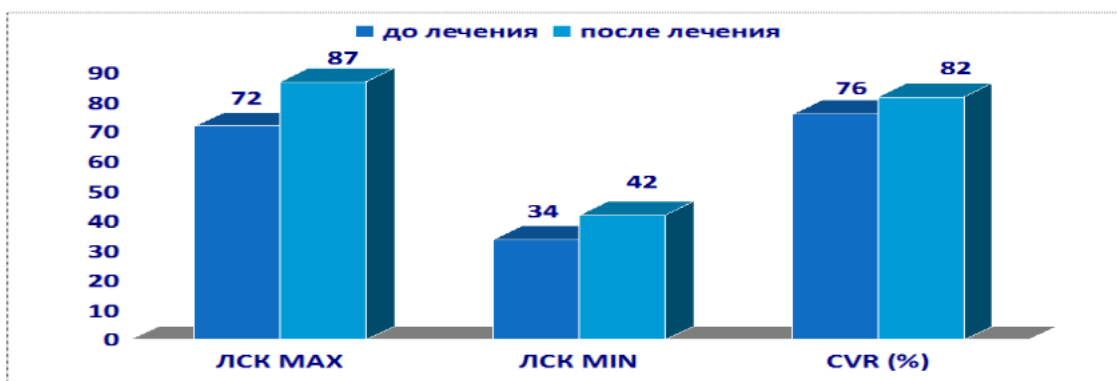
Гиперкапническая форма



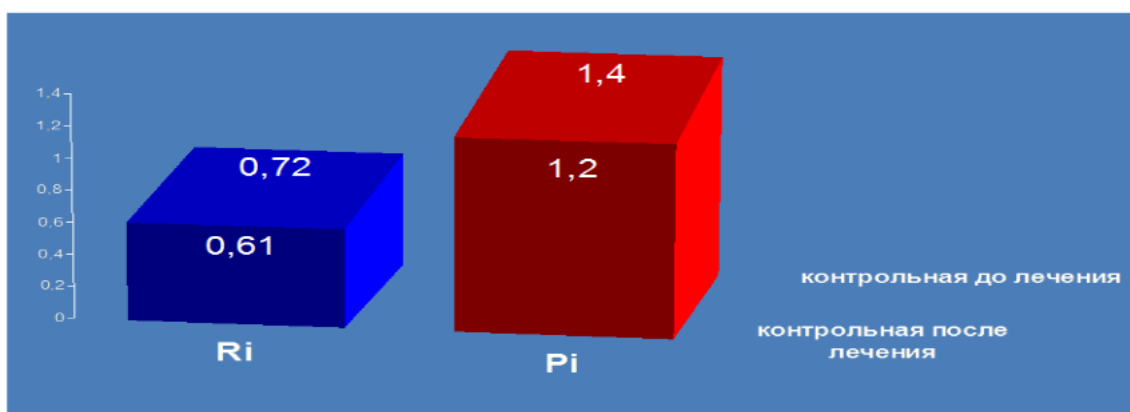
Параметры церебрального кровотока в контрольной группе:

	ЛСК (мах) См\с	ЛСК (diast) См\с	Ri	Pi	CVR
до лечения	36±7	18±4	0,71±0,04	1,4±0,06	76±4
Через 10 дней	43±6	24±3	0,63±0,04	1,2±0,06	82±4
эффективность	15	8	0,11	0,2	6

Параметры церебрального кровотока в контрольной группе:



Параметры церебрального кровотока в контрольной группе Ri, Pi:

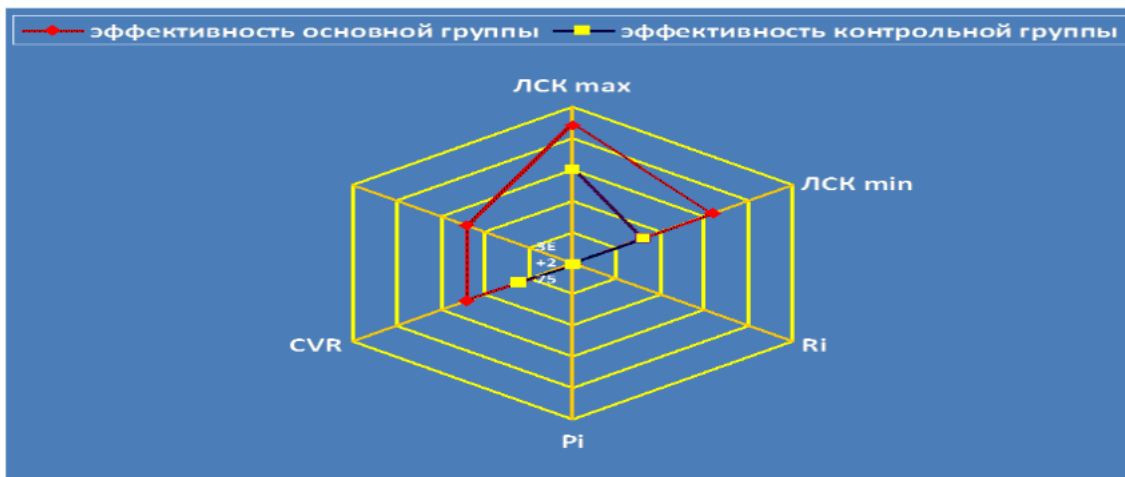


Параметры церебрального кровотока в основной группе:

	ЛСК (мах) См\с	ЛСК (diast) См\с	Ri	Pi
БА до лечения	36±7	18±4	0,71±0,04	1,2±0,2
Через 10 дней	47±6	28±3	0,59±0,04	1,0±0,2
эффективность	11	10	0,12	0,2

Параметры церебрального кровотока в контрольной группе:

	ЛСК (мах) См\с	ЛСК (diast) См\с	Ri	Pi
БА до лечения	36±7	18±4	0,71±0,04	1,2±0,2
Через 10 дней	43±6	24±3	0,63±0,04	1,0±0,2
эффективность	7	6	0,8	0,2



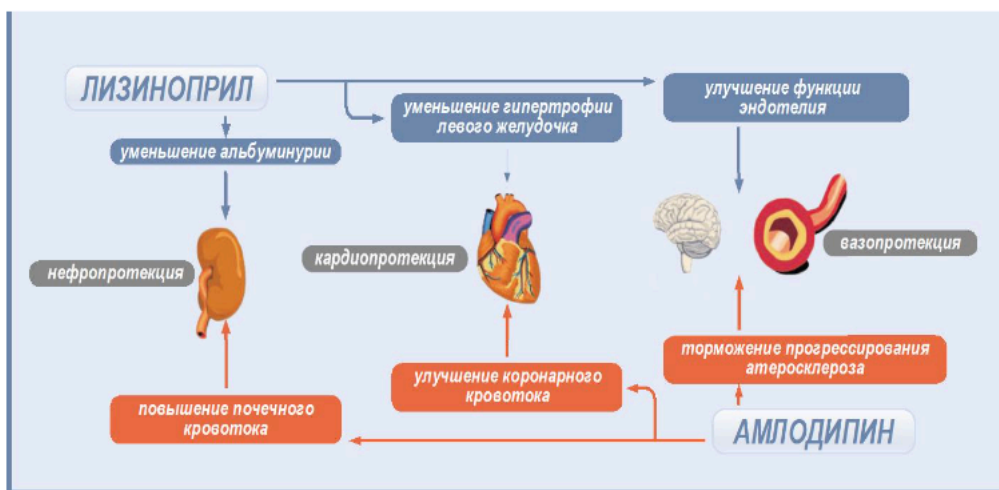
Вазотропный эффект

Селективное действие на спазмированный участок (т.е. на ишемизированную область)
Отсутствие синдрома обкрадывания
Механизм действия: ингибирование захвата аденозина, фосфодиэстеразы, повышение цАМФ в гладкой мускулатуре[5].
Результат: купирование спазма

Регуляция гемостаза

Увеличение способности эритроцитов к деформации при прохождении через мелкие сосуды
Уменьшение способности тромбоцитов к агрегации
Механизм действия: увеличение в плазме крови концентрации аденозина
Результат: улучшение микроциркуляции[6].

Комбинация лизиноприла и амлодипина (Экватор) усиливает их органопротективные свойства:



Выводы:

У больных с хронической ишемии головного мозга на фоне АГ 1-2 ст. отмечается снижение уровня церебрального кровотока и снижение ЦВР;
После проведения комплексного лечения с применением кавинтона (по схеме 1мг\1кг) + экватор, у больных с хронической ишемии головного мозга на фоне АГ 1-2 ст. отмечается

значительное улучшение церебрального кровотока, и главное восстановление ЦВР.
Ангиопротективный эффект кавинтона, усиленный ангиопротективным действием экватора улучшает церебральный кровоток и восстанавливает цереброваскулярную реактивность у больных с ДЭ 1-2 ст. на фоне АГ 1-2 ст.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Скворцова В.И. и др. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения. // Неврология. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2010. - №2. – С. 45-48.
- 2 Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Невропатология и психиатрия. – М.: 1985. –Т.85. –№ 9. – С. 91-99.
- 3 Choi D.W. Calciummediated neurotoxicity: relationship to specific channel types and role in ischemic damage // Trends Neurosci.-1998.-Vol.11.- №2. – P. 465-469.
- 4 Авакян Г.Н., Никонов А.А., Чуканова Е.И. Кавинтон в эксперименте и клинической
- 5 практике. Методические рекомендации. – М.: 1998. – 207 с.
- 6 Hayakawa M. Comparative efficacy of vinpocetine, pentoxifylline and nicergoline on red blood cell deformability // Arzneimittel-Forsch.-1992. - №4. – P.108-110.
- 7 Hayakawa M. Effect of vinpocetine on red blood cell deformability in stroke patients// Arzneimittel-Forsch. – 1992. - №4. – P.425-427.
- 8 Lebedeva N.V., Lobkova T.N., Ionova V.G. et al. Status of microcirculation and reological properties of blood in patients with cerebral circulatory disorders // Klin.Med. – М.: 1990. – Vol.68. - №1. – P.31-33.

С.Н. ИСАКОВА, И.Ж. КУАНЫШБАЕВА, Г.С. БАЙСЫМАКОВ, Д.Ж. ШОХАЕВ

№4 қалалық клиникалық аурухана

МИДЫҢ СОЗЫЛМАЛЫ ИШЕМИЯСЫН ЕМДЕУДЕ ВИНПОЦЕТИН (КАВИНТОН) ҚОЛДАНУ

Түйін: Бұл мақала мидың созылмала ишемиясы және осы патологиясы бар науқастарды жүргізу мәселесіне арналады. Артериальды қан қысымы 1-2ст фонында болатын бас миының созылмалы ишемиясы бар науқастарда церебральді қан айналу дәрежесі мен цереброваскулярлық резервінің қысқаруы анықталған.

Түйінді сөздер: бас миының созылмалы ишемиясы, винпоцетин

S.N. ISAKOVA, I.ZH. KUANYSHBAYEVA, G.S. BAYSYMAKOV, D.ZH. SHOCHAEV

City Clinical Hospital №4

USING VINPOCETINE (CAVINTON) IN THE TREATMENT OF CHRONIC CEREBRAL ISCHEMIA

Resume: This article deals with the problem of chronic cerebral ischemia and modern tactics of patients with this pathology. In patients with chronic cerebral ischemia in the presence of AH 1-2 tbsp. marked decrease in cerebral blood flow and reduced cerebrovascular reserve.

Keywords: chronic cerebral ischemia, vinpocetine.

¹А.С. Кудайбергенова, ²А.Л. Кокуров, ²Ш.Н. Досжанова

¹ Республиканский координационный центр проблем инсульта Министерства здравоохранения и социального развития РК

² Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ МИДОКАЛМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ

УДК 615.216.5

Более чем у половины больных, перенесших инсульт, остаются двигательные нарушения, которые существенно снижают качество жизни и способствуют стойкой инвалидизации [1]. Постинсультные двигательные нарушения чаще всего представлены гемипарезом или монопарезом конечности с повышением мышечного тонуса по типу спастичности. Во многих случаях спастичность ухудшает двигательные функции, способствует развитию контрактур и деформации конечности, затрудняет уход за обездвиженным больным и иногда сопровождается болезненными мышечными спазмами [2, 3].

Улучшение двигательных функций происходит максимально в течение 2—3 месяцев с момента инсульта, в дальнейшем темпы восстановления значительно снижаются. Спустя год после инсульта обычно не наблюдается уменьшения степени пареза, однако возможно улучшение двигательных функций и уменьшение инвалидизации путем тренировки равновесия и ходьбы, использования специальных приспособлений для передвижения, а также лечения спастичности [1—3]. Во многом успех лечения зависит от сроков заболевания и степени пареза, наличия когнитивных расстройств. Чем меньше времени прошло с момента развития инсульта, вызвавшего спастический парез, тем более вероятно, что удастся существенно улучшить двигательные функции, предотвратив формирование контрактур, и провести эффективную реабилитацию. Лечебная гимнастика, массаж мышц паретичных конечностей, иглорефлексотерапия и физиотерапевтические методы лечения — наиболее эффективное направление ведения больного с постинсультным спастическим парезом [2—5]. Также широкое применение нашло введение ботулинического токсина, которое дает клинический эффект после инъекции спустя несколько дней и сохраняется в течение 2—6 месяцев, после чего может потребоваться повторная

Представлены данные литературы о лечении спастичности у больных, перенесших инсульт. Отмечается, что ведущую роль в лечении постинсультной спастичности играет лечебная гимнастика, которую нужно начинать уже в первые дни после развития инсульта. Применение мидокалма в комплексной терапии постинсультной спастичности в дозе от 300 до 1100 мг/сут показывают значительное снижение мышечного тонуса паретичной конечности и повышение качества жизни пациентов.

Ключевые слова: постинсультная спастичность, толперизона гидрохлорид (мидокалм)

инъекция. Ограничение широкого применения ботулинического токсина в клинической практике во многом вызвано его высокой стоимостью. Хирургическое лечение для уменьшения постинсультной спастичности используется редко, оно возможно на четырех уровнях: на головном мозге (электрокоагуляция бледного шара, вентролатерального ядра таламуса или мозжечка); спинном мозге (селективная задняя ризотомия); периферических нервах (рассечение периферических нервов) и мышцах или их сухожилиях [2, 3, 5].

В международной практике с помощью специальной помпы интратекально при постинсультной спастичности может использоваться баклофен [6—8]. Использование баклофеновой помпы в сочетании с лечебной гимнастикой, физиотерапией может улучшить скорость и качество ходьбы больных, перенесших инсульт с развитием спастического пареза [6]. Наиболее часто в клинической практике для лечения постинсультной спастичности используются пероральные антиспастические препараты [2, 3, 5, 9]. Применяемые внутрь антиспастические средства, уменьшая мышечный тонус, могут улучшить двигательные функции, облегчить уход за обездвиженным пациентом,

снять болезненные мышечные спазмы, усилить действие лечебной физкультуры и вследствие этого предупредить развитие контрактур.

Толперизона гидрохлорид (мидокалм) — мышечный релаксант центрального действия, который близок к лидокаину по химической структуре и стабилизирует мембраны нервных клеток. Мидокалм снижает активность спинальных нейронов, участвующих в формировании спастичности, путем ограничения потока натрия через мембрану нервных клеток.

Около 40 лет толперизон успешно применяется при лечении спастичности различного генеза [9, 12].

В данной статье мы хотели поделиться опытом применения Мидокалма в комплексном лечении больных с постинсультной спастичностью. Были проанализированы результаты лечения 40 пациентов, 26 женщин и 24 мужчин (средний возраст — 63,4 года), перенесших ишемический инсульт и соответствующих критериям включения.

Критериями включения пациентов в исследование были: инфаркт головного мозга,

подтвержденный нейровизуализацией; степень спастичности 3 или 4 балла по шкале Ашворта; выраженность болевого синдрома сильная и очень сильная (5—9 баллов по визуальной аналоговой шкале — ВАШ); расстояние, проходимое пациентом в течение 2 мин — не более 10 м.

Все пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек, стандартизированные по возрасту, полу, сроку заболевания, тяжести состояния, степени выраженности неврологических и психоэмоциональных нарушений, уровням бытовой адаптации, а также проводимым методам реабилитации. Все пациенты получали курс комплексной терапии: ЛФК; ФТЛ (магнитотерапия, ДМВ-терапия, озокеритотерапия); массаж паретичной конечности и иглорефлексотерапия. Отличительная особенность терапии пациентов данных групп заключалась в применении (1-я группа) и неприменении (2-я группа, контрольная) в процессе восстановительного лечения **Мидокалма**. Характеристика пациентов обеих групп представлена в таблице 1.

Таблица 1 - Характеристика пациентов двух групп по данным обследования и изучения анамнеза

Показатели	1 группа (%)	2 группа (%)
Пол:		
Женщины	55	45
Мужчины	45	55
Средний возраст, годы	64,5	63,2
Срок заболевания (время от развития инсульта до начала исследования):		
2-3 месяца	40	45
4-6 месяцев	60	55
Мышечный тонус (шкала Ашворта):		
3 балла	45	50
4 балла	65	50
Расстояние, пройденное по ровной горизонтальной поверхности в течение 2 мин, м	4,8	5,2

Пациентам 1-й группы мидокалм назначался спустя 2—6 мес после развития инсульта, парентерально в течение первых 1,5 мес с последующим переходом на таблетированную форму. Мидокалм назначали 2 раза в день в суточной дозе 300 мг (общая доза вне зависимости от вида формы) с последующим повышением на 100 мг 1 раз в 2 дня до достижения максимальной дозировки 1100 мг в сутки. Затем в таком же порядке проводили снижение дозы препарата. Последние 10 дней доза мидокалма составляла 300 мг в сутки. По окончании инъекционного курса больные получали мидокалм в течение 1,5 мес по 150 мг 3 раза в день перорально (суточная доза 450 мг/сут).

Анализ результатов лечения проводили по следующим параметрам: выраженность мышечного тонуса, спастичности и болевого синдрома. Для оценки степени спастичности

использовали шкалу Ашворта [14]. Кроме того, для определения влияния препаратов на силу мышц определяли способность к ходьбе по ровной горизонтальной поверхности в течение 2 мин. Выраженность болевого синдрома в ходе проведения исследования анализировали три раза: через 7, 14 дней после начала исследования и по его завершении, через три месяца. Поскольку оценка выраженности болевого синдрома носит достаточно субъективный характер, для объективизации результатов исследования были использованы две шкалы оценки боли: ВАШ Хаскиссона [15] и многомерный вербально-цветовой тест боли (МВЦТБ) [16], в рамках применения которого в качестве диагностического средства используются как вербальные, так и невербальные символы, прежде всего цвет. Определяли степень достижения пациентами

независимости при выполнении основных бытовых и социальных навыков: независимость при умывании; способность принимать ванну без посторонней помощи; самостоятельно одеваться; самостоятельно принимать пищу и готовить еду.

Результаты и обсуждение:

У пациентов 1 группы отмечалась минимальная выраженность спастичности и ее отсутствие (0 и 1 балл по шкале Ашворта) - у 65% пациентов, в то время как максимальную выраженность спастичности (3 и 4 балла) наблюдали у 10% больных. В группе больных, не получавших Мидокалм в комплексном лечении аналогичные показатели составили соответственно 30 и 50%.

Наилучшие показатели ходьбы также отмечались в группе пациентов, получавших мидокалм. Средняя максимальная дистанция по горизонтальной ровной поверхности, которую пациенты данной группы были способны преодолеть за 2 мин, на момент окончания исследования составила 85 м. В контрольной группе пациентов данный показатель равнялся 49 м.

Результаты исследования достоверно свидетельствуют об эффективности мидокалма при купировании болевого синдрома.

При этом максимальная эффективность мидокалма проявляется в течение 1-й недели терапии. В течение 2-й недели различия между группами, оставаясь достоверными, были

выражены в меньшей степени. Достоверных различий в частоте купирования болевого синдрома между группами на 3-й и последующих неделях получено не было.

Среди получавших мидокалм пациентов через 1 нед после начала терапии 65% отметили отсутствие или значительное уменьшение выраженности болевого синдрома согласно ВАШ (отсутствие боли или ее минимальная и умеренная выраженность), среди пациентов, не получавших мидокалм, аналогичный показатель составил 25%. При оценке по МВЦТБ данные показатели (отсутствие боли, очень слабая и слабая боль) соответственно составили 60 и 15%.

Спустя 14 дней после начала исследования среди пациентов, у которых выраженность болевого синдрома к концу 1-й недели терапии не уменьшилась, в группе получавших мидокалм еще 35% больных отметили купирование или значительное уменьшение выраженности болевого синдрома согласно ВАШ, в контрольной группе — 20%. При оценке по МВЦТБ эти показатели составили 25 и 15%. На момент окончания исследования указанные показатели среди тех пациентов, у которых болевой синдром по окончании 2-й недели не уменьшился, у больных, лечившихся мидокалмом составили соответственно 15 и 10%, у больных контрольной группы — 10 и 5% (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение больных с купированием или значительным уменьшением выраженности болевого синдрома в исследуемых группах

Показатель	Через 7 дней				Через 14 дней				Окончание терапии			
	ВАШ		МВЦТБ		ВАШ		МВЦТБ		ВАШ		МВЦТБ	
	1 гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр
%	65	25	60	15	35	20	25	15	15	10	10	5

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о возможности применения мидокалма как достоверно эффективного анальгетического средства у пациентов с повышенным мышечным тонусом и болевым синдромом после перенесенного инсульта. Мидокалм оказывал достоверно значимое положительное влияние на достижение пациентами независимости при выполнении основных бытовых и социальных навыков. Так, в группе больных, в лечении которых использовался мидокалм, 75% пациентов приобрели независимость при пользовании туалетом; среди не получавших препарат больных этот показатель составил 45%; независимость при умывании приобрели соответственно 90 и 75% больных; принимать ванну без посторонней помощи смогли 35 и 15%; самостоятельно одеваться — 85 и 45%; самостоятельно принимать пищу — 90 и 70%; готовить еду — 40 и 15%.

Конечной целью применения любого метода восстановительного лечения является улучшение качества жизни пациентов. Согласно оценке в соответствии с профилем влияния болезни, уровень качества жизни пациентов, получавших мидокалм, оказался достоверно выше, чем у больных, не получавших данный препарат.

Что касается нежелательных явлений в случае применения мидокалма данные побочные эффекты (головокружение, атаксия, тошнота, рвота, седация, мышечная слабость) не являлись причиной прекращения терапии, лишь у двоих пациентов служили поводом для корректировки дозировки препарата, после чего отмечалась нормализация состояния пациентов.

Выводы:

Таким образом, результаты проведенного литературного обзора и исследования свидетельствуют о пользе назначения миорелаксантов, в частности мидокалма, в рамках

комплексного ведения пациентов, перенесших инсульт. Применение Мидокалма в комплексной терапии постинсультной спастичности значительно повышает качество их жизни за счет снижения

мышечного тонуса, купирования болевого синдрома, повышения степени восстановления неврологических функций, уровня бытовой и социальной адаптации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дамулин И.В., Парфенов В.А., Скоромец А.А. и др. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге //
- 2 Болезни нервной системы. - М.: Медицина, 2005. - Т.1. - №2. - С. 232—239.
- 3 Парфенов В.А. Применение ботокса (токсина ботулизма типа А) в клинической практике // Спастичность. - М.: Каталог, 2001. - №1. - С. 91-102.
- 4 Ward A.B. A summary of spasticity management — a treatment algorithm // Eur J Neurol. — 2002. - №9. - Suppl. 1. — P. 48-52.
- 5 O'Brien C.F., Seeberger L.C., Smith D.B. Epidemiology and optimal treatment. Drugs Aging // Stroke. — 1996. - №9. — P. 332-340.
- 6 Francisco G.F., Boake C. Improvement in walking speed in poststroke spastic hemiplegia after intrathecal baclofen therapy: a preliminary study // Arch Phys Med Rehabil. — 2003. - №8. — P. 1194—1199.
- 7 Ivanhoe C.B., Francisco G.E., McGuire J.R. et al. Intrathecal baclofen management of poststroke spastic hypertonia: implications for function and quality of life // Arch Phys Med Rehabil. — 2006. - №7. — P. 1509—1515.
- 8 Taira T., Hori T. Intrathecal baclofen in the treatment of poststroke central pain, dystonia, and persistent vegetative state // Acta Neurochir Suppl. - 2007. - №9. — P. 227-229.
- 9 Chou R., Peterson K., Helfand M. Comparative efficacy and safety of skeletal muscle relaxants for spasticity and musculoskeletal conditions: a systematic review // J Pain Symptom Manag. — 2004. - №28. — P. 140-145.
- 10 Gelber D.A., Good D.C., Dromerick A. et al. Open-Label Dose-Titration Safety and Efficacy Study of Tizanidine Hydrochloride in the Treatment of Spasticity Associated With Chronic Stroke // Stroke. — 2001. - №32. — P. 1841-1849.
- 11 Meythaler J.M., Guin-Renfroe S., Johnson A. et al. Prospective assessment of tizanidine for spasticity due to acquired brain injury // Arch Phys Med Rehabil. — 2001. - №2. — P. 1155-1163.
- 12 Melka A., Haimanot R.T. Tolperisone HCl (Mydocalm): A Randomized Doubleblind and Placebo Controlled Drug Trial // International Conference on Lathyrus and Lathyrism (Book of Abstracts). — 1995. — P. 31-36.
- 13 Ashworth B. Preliminary trial of carisoprodol in multiple sclerosis // Practitioner. — 1964. - №19. — P. 540—547.
- 14 Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // Pain. — 1976. - №2. — P. 175-184.
- 15 Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., Фадеев А.А. и др. Экспертная система оценки боли, созданная на основе «Многомерного вербально-цветового болевого теста» // Материалы конгресса «Традиционная медицина 2007». — М.: 2007. — С. 502—507.

¹А.С. КУДАЙБЕРГЕНОВА, ²А.Л. КОКУРОВ, ²Ш.Н. ДОСЖАНОВА

¹Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің
Республикалық инсульт проблемаларын үйлестіру орталығы

² № 4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы

ИНСУЛЬТТАН КЕЙІНГІ ҚҰРЫСУДЫ КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ МИДОКАЛМДЫ ҚОЛДАНУ

Түйін: Инсульт алған науқастарда құрысуды емдеу туралы әдеби деректер ұсынылған. Емдік гимнастика құрысуды емдеуде жетекші рөл атқарады, сондықтан оны инсульт басталғаннан кейін алғашқы күндері жасаған дұрыс. Инсульттан кейінгі құрысуды кешенді емдеуде тәулігіне 300-1100 мг мидокалмды қолдану, сал болған аяқ-қолдардың бұлшық ет тонусының едәуір төмендеуіне және науқастардың өмір сүру сапасын жақсартатынын көрсетеді.

Түйінді сөздер: инсульттан кейінгі құрысу, толперизон гидрохлориді (мидокалм).

¹A.S. KUDAIBERGENOV, ²A.L. KOKUROV, ²SH.N. DOSZHANOVA

¹*National Focal Point stroke Ministry of Health and Social*

Development of the RK problems

²*City Clinical Hospital №4, Almaty*

MYDOKALM USE IN COMPLEX TREATMENT OF POSTSTROKE SPASTICITY

Resume: The paper gives the data available in the literature on the treatment of spasticity in poststroke patients. Therapeutic exercises that should be started just on the first days of stroke are noted to play a leading role in the treatment of poststroke spasticity.. The paper also presents the results of a Mydocalm use in complex treatment of poststroke spasticity.

Keywords: post-stroke spasticity, tolperisone hydrochloride (Mydocalmum).

А.Л. Кокуров, Р.Т. Илиев, Н.С.Тилебалдиева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Городская клиническая больница №4 г. Алматы

АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

УДК 616.8-002.5

Туберкулез продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения не только в Республике Казахстане, а также во многих странах мира, при этом предполагается, что туберкулез останется одним из 10 самых тяжелых заболеваний в мире до 2020 года. По количеству больных Казахстан занимает 33-е место среди 212 стран мира и 4-е место в Европейском регионе и входит в число стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулеза. Как причина смерти туберкулез занимает первое место среди всех инфекционных болезней (1,2). Реализация Национальной противотуберкулезной программы в РК позволило значительно улучшить эпидемиологические показатели в отдельных регионах страны, отмечена стабилизация основных показателей по туберкулезу. По данным Национального центра проблем туберкулеза РК, анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в республике с 2002 по 2011 годы показал снижение заболеваемости туберкулезом на 47,4% и смертности – на 26,8%. Вместе с тем эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в стране остается сложной, отмечается четко выраженная тенденция к росту туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (2,3,4).

Туберкулезом поражаются все органы и системы, при этом центральная нервная система не является исключением. Проблема туберкулезного менингита остается актуальной в настоящее время, и поэтому недопустимо снижение настороженности врачей, как общей лечебной сети, так и фтизиатров особенно. Туберкулезный менингоэнцефалит является наиболее тяжёлым клиническим проявлением туберкулеза. Даже в развитых странах смертность от туберкулезного менингита остается высокой и колеблется от 15 до 32,3 %. Неудовлетворительные результаты лечения, в основном, обусловлены затруднениями в постановке диагноза, поздним выявлением и тяжестью заболевания. Ошибки в диагностике часто являются следствием атипичного течения болезни. В ряде случаев туберкулез менингеальных оболочек трактуется как нетуберкулезное

В статье представлен клинический случай атипичного течения туберкулезного менингита и милиарного туберкулёза лёгких с дебютом заболевания в виде впервые возникшего эпилептического приступ.

Ключевые слова: туберкулезный менингит, атипичное течение

заболевание, что в результате неправильного лечения приводит к развитию тяжелых осложненных форм менингита и предопределяет неблагоприятный прогноз (5,6). Диагноз туберкулезного поражения оболочек мозга и центральной нервной системы достаточно часто представляется неочевидным на начальном этапе заболевания и определяется только на этапе манифестации клинических проявлений, когда появляется менингеальный симптомокомплекс (7). Важнейшим критерием для диагностики туберкулезного менингита является исследование спинномозговой жидкости, однако возникают трудности в ее интерпретации. Не всегда бывают классическими изменения ликвора, так как больные до установления этиологии туберкулезного менингита, получают противовоспалительное лечение, включающее антибактериальные препараты, обладающие туберкулостатической активностью (фторхинолоны, аминогликозиды), что затрудняет своевременную постановку диагноза. Нередко в спинномозговой жидкости определяются нормальные показатели белка и сахара (8).

Представленный ниже клинический случай в полной мере демонстрирует возможный полиморфизм течения туберкулезного поражения нервной системы. **Пациентка А., 19 лет**, в экстренном порядке поступила в неврологическое отделение ГКБ №4 с **жалобами** на головные боли, чувство тяжести в голове, головокружение, шаткость при ходьбе, общую слабость, недомогание, приступы потери сознания с судорогами.

Из анамнеза известно: заболела внезапно, на фоне относительного благополучия развился приступ потери сознания с судорогами, в связи с чем

вызвана бригада скорой помощи, доставлена в приёмное отделение ГКБ №4, в экстренном порядке госпитализирована в неврологическое отделение. Ранее жалоб на состояние здоровья не было, регулярно проходила медицинские осмотры.

Объективно при поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Астенического телосложения. Кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 110/70 мм. рт. ст. ЧСС 78 уд. в мин. Живот мягкий, б\б. Печень не увеличена, при пальпации безболезненна. Симптом поколачивания с обеих сторон отриц. Стул, мочеиспускание не изменены. **В неврологическом статусе при поступлении:** В сознании, ретроградная амнезия, астенизирована, речь внятная. Общемозговой синдром в виде умеренной головной боли. Менингеальные симптомы не определяются. ЧМН: Глазные щели D=S, зрачки округлой формы D=S, зрачковые реакции сохранены. Движения глазных яблок в полном объеме, установочный нистагм в крайних отведениях. Лёгкая асимметрия н\г складок. Глотание, фонация не изменены. Сила и тонусы мышц в конечностях сохранены. Сухожильные рефлексы умеренные, D=S, Чувствительных расстройств нет. Координаторные пробы выполняет с интенцией с обеих сторон. В позе Ромберга шаткость. При поступлении пациентке проведено лабораторно-инструментальное обследование (ОАК, ОАМ, БАК, рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография головного мозга), при котором выявлена анемия, лимфопения в общем анализе крови, других значимых изменений не было. **Состояние в динамике:** В динамике в течение 3 дней состояние пациентки оставалось стабильным, жалоб не предъявляет. На 3 сутки пребывания пациентки в стационаре отмечались серийные генерализованные эпилептические приступы (до 6 раз за сутки), в связи с чем переведена в ОАРИТ, где находилась в течение суток. После стабилизации состояния вновь переведена в отделение неврологии. Через 3 суток у пациентки появилась неадекватность поведения, дезориентация во времени и в пространстве, речь и мышление стали замедленными. Проведен консилиум, по решению консилиума в ОАРИТ для дальнейшего лечения и наблюдения. На 7-е сутки нахождения пациентки в отделении интенсивной терапии наблюдалось однократно наблюдалось повышение температуры тела до 38,5⁰ С, с диагностической целью произведена люмбальная пункция (исследование ликвора патологии не выявило). В дальнейшем температура тела нормализовалась. На 14 сутки нахождения пациентки в ОАРИТ, несмотря на

проводимую терапию у пациентки развился эпилептический статус, который не купировался противосудорожными препаратами, в связи с чем пациентка переведена на ИВЛ. В дальнейшем отмечалось повышение температуры тела в пределах 37,0-38,5⁰ С, проведенная антибактериальная терапия без особого эффекта, состояние остается тяжелым, дыхание аппаратом ИВЛ через трахеостому, уровень сознания сопор, ежедневно отмечались приступы с тоническими судорогами в конечностях и мимической мускулатуре, закатыванием глазных яблок до 3-5 раз в сутки. В связи с тяжелым состоянием больной проведено МРТ головного мозга (без патологии), неоднократно Р-графия органов грудной клетки (без патологии).

Неоднократно проводились консилиумы на уровне врачей профильных отделений, администрации ГКБ №4, приглашались главные специалисты УЗ г. Алматы, сотрудники кафедр неврологии, ревматологии, инфекционных болезни, фтизиопульмонологии АГИУВ, НЦПТ и ведущие специалисты консультанты (невролог, ревматолог, фтизиатр, эндокринолог, окулист, нейрохирург, ЛОР, кардиолог, эпилептолог, гинеколог, комбустиолог, психиатр, терапевт). При проведении КТ груд клетки на 18 сутки пребывания пациентки дано заключение: инфильтративный туберкулез правого легкого с участками деструкции, осложненный экссудативным плевритом, грибковое поражение правого легкого возможно аспиргилез, кандидомикоз. КТ грудной клетки в динамике через 5 дней: выраженная инфильтрация верхней доли правого легкого рассосалась с наличием линейного очага в заднем сегменте с наличием основного очага в нижней доле правого легкого в проекции 6 сегмента с преобладанием фиброза. Правосторонняя полисегментарная пневмония. Не исключается туберкулезной этиологии. КТ грудной клетки в динамике через 6 дней: правосторонняя нижнедолевая сегментарная пневмония с умеренной фрагментацией. Учитывая локализацию процесса, не исключается процесс туберкулезной этиологии. Умеренно выраженная двухсторонняя нижнедолевая гипостатическая пневмония. В связи с изменениями, выявленными при проведении КТ грудной клетки, был заподозрен туберкулезный менингит, в связи с чем произведена люмбальная пункция, ликвор отправлен для проведения БМГМ (**Хайн-тест**). **Проведение Хайн-теста с ликвором показал положительный результат, в связи с чем на основании лабораторных и инструментальных исследований выставлен диагноз:** Инфильтративный туберкулез нижней доли правого легкого. МБТ (-), Туберкулезный менингит.

После установления диагноза и назначения специализированного противотуберкулезного лечения состояние больной улучшилась, на 4 сутки после назначения противотуберкулезных препаратов эпилептические приступы купированы, после стабилизации состояния пациентка переведена в специализированное медицинское учреждение. Через 3 года динамического наблюдения состояние пациентки удовлетворительное, лечение противотуберкулезными препаратами закончила, приступов потери сознания нет, с учёта снята. В данном наблюдении диагноз туберкулёза выставлен на 35 сутки от начала заболевания, что связано с нетипичным течением заболевания, как в отношении туберкулеза легких, так и в отношении туберкулёзного менингита. У пациентки отсутствовали жалобы со стороны органов дыхания, не было повышения температуры тела, симптомов интоксикации, изменений при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки. Кроме того, не было ни одного из клинических признаков, описываемых в литературе, как характерных для туберкулёзного

менингита (подострое начало, субфебрильная температура тела, наличие менингеальных знаков, поражение глазодвигательных нервов, снижение уровня глюкозы в ликворе). Постановка правильного диагноза стала возможной при обнаружении патологических изменений в легких (одной из особенностей милиарного туберкулёза является «запаздывание рентгенологической картины») и проведение экспресс метода диагностики туберкулёза.

Таким образом, учитывая неблагоприятную эпидемиологическую обстановку по туберкулёзу, высокую вероятность атипичного течения туберкулёзного менингита необходимо сохранять высокую настороженность, особенно в случаях, когда причина заболевания остается невыясненной. Высокая летальность заболевания, особенно при отсутствии специализированного лечения, делает актуальным применение современных экспресс методов диагностики (**Xpert MTB/RIF**, быстрый молекулярно-генетический метод (Хайн-тест) и, в некоторых случаях, назначение пробной терапии по согласованию с профильными специалистами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.М. Түлеуханова, М.В. Горемыкина. Туберкулез в Казахстане. Состояние проблемы // Наука и здравоохранение. - 2014. - №6. – С. 88-91.
- 2 Д.Ж. Асемғалиев. проблемы противотуберкулезной службы на современном этапе // Вестник КазНМУ. - 2013. - №2. – С.104-106.
- 3 Джунусбеков А.Д., Хажибаева З.И., Даматов У.С. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Казахстан // Проблемы туберкулеза. – 1997. - №1. – С. 25-27.
- 4 Полушкина Е.Е. Трудности и ошибки в диагностике туберкулезного менингита и менингоэнцефалита // Проблемы туберкулеза. - 1998. - №1. - С.56-57.
- 5 В.С. Коровкин. Особенности диагностики туберкулеза менингеальных оболочек // Медицинские новости. – 2004. - №5. – С. 3-8.
- 6 А.А. Вишневский, В.В. Олейник, Е.В. Решетнева, Н.Г. Полякова, Ю.В. Диденко², Н.В. Шулешова. Туберкулезный менингит и менингоэнцефалит у больных туберкулезным спондилитом на фоне ВИЧ-инфекции.// Неврологический журнал. – 2013. - №2. – С.32-34.
- 7 А.С. Ракишева, Ж.А. Сапиева, Ю.В. Репина, Г.Э. Түлепова, Т.К. Утаганова, М. Хайитова. Особенности клиники, диагностики и исходов туберкулёзного менингита в современных условиях // Вестник КазНМУ. – 2015. - №1. - С.180-184.

А.Л. КОКУРОВ, Р.Т. ИЛИЕВ, Н.С.ТИЛЕБАЛДИЕВА

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

ТУБЕРКУЛЕЗДІ МЕНИНГИТТІҢ ӨЗГЕШЕ (АТИПТІ) АҒЫМЫ (ТӘЖІРИБЕДЕН АЛЫНҒАН ЖАҒДАЙ)

Түйін: Мақалада туберкулезді менингиттің және өкпенің милиарлы туберкулезінің бірінші рет пайда болған қояншық (эпилепсия) ұстамасының атипті ағымындағы клиникалық жайы көрсетілген.

Түйінді сөздер: туберкулёзді менингит, атипті ағым.

A.L. KOKUROV, R.T. ILIEV, N.S. TYLEBALDIEVA
Kazakh National Medical University S.D. Asfendiyarov
City Clinical Hospital №4, Almaty.

ATYPICAL COURSE OF TUBERCULOSIS MENINGITIS
(CASE STUDY)

Resume: The article presents a case report of an atypical course of tuberculous meningitis and miliary pulmonary tuberculosis with the debut of the disease in the form of new-onset seizures.

Tuberculosis remains a major public health problem, not only in the Republic of Kazakhstan, as well as in many countries, it is assumed that tuberculosis remains one of the 10 most serious diseases in the world until 2020. By the number of patients Kazakhstan occupies 33th place among 212 countries of the world and the 4th place in the European region and is among the countries with high TB incidence. As the cause of death was tuberculosis ranks first among all infectious diseases (1,2). The implementation of the National TB program in Kazakhstan has greatly improved epidemiological indicators in some regions of the country, marked by the stabilization of the main indicators of tuberculosis. According to the National Center for Tuberculosis Problems of RK, analysis of the main epidemiological indicators of tuberculosis in the country from 2002 to 2011 showed a decrease in the incidence of tuberculosis by 47.4% and mortality - by 26.8%. However, the epidemiological situation of tuberculosis in the country remains difficult, there is a clear trend to an increase in multidrug resistance (2,3,4).

Keywords: tuberculous meningitis, atypical course.

АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ | АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Г.Ж. Жатканбаева¹, С. Е. Еркенова¹, Л.И. Нурғалиева¹, С.А. Лысенков², А.С. Лемис¹,
Д.Д. Султанова¹, А.А. Карибаева¹, Н.Б. Конкыш¹, В.А. Васильева²

¹Казакский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,

²Городская клиническая больница №4, г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

УДК 618.31-07

Эктопическая беременность является одной из причин материнской смертности в гинекологическом стационаре и составляет по данным различных авторов от 1 - до 3%. Трудности в диагностике данной патологии обусловлена отсутствием различных клинических признаков данной патологии, а в некоторых случаях стертой клиники данной острой хирургической патологии [1-4].

Своевременная правильная диагностика эктопической беременности (ЭБ) позволяет оказывать качественную помощь пациентам и сохранить репродуктивное здоровье пациенток. В Республике Казахстан имеются современные алгоритмы диагностики и лечения эктопической беременности. Современный протокол рассматривается с периодичностью в 5 лет. На сегодняшний момент самым приемлемым методом лечения при отсутствии противопоказаний является малоинвазивный доступ к органам малого таза [5-7].

Цель исследования: определить трудности в диагностике и выбор тактики хирургического лечения ЭБ

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ пациенток с данной хирургической патологией. Все пациентки госпитализированы по скорой помощи в гинекологическое отделение Городской клинической больницы №4 за период 2013-2015гг. Путем случайного выбора историй болезни из архива анализированы случаи ЭБ у 201 пациентки с локализацией плодного яйца в маточной трубе. Пациентки поделены на 2 группы. Первая группа (97 пациенток) с перенесенными органосохраняющими операциями и вторая группа (104 пациенток), которым проведена радикальная операция тубэктомии.

Данная статья посвящена вопросам затрудненной диагностики ЭБ при отсутствии выраженных клинических признаков. Трудности диагностики ЭБ требуют использование дополнительных клиничко-инструментальных обследований и использование современных диагностических методов для верификации диагноза ЭБ.

Ключевые слова: диагностика, эктопическая беременность, материнская смертность

Полученные результаты и обсуждение. Пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту (26,7±3,8 лет) и данным соматического и объективного обследования. У всех пациенток обеих групп были в анамнезе самопроизвольные аборт, неразвивающаяся беременность и половые инфекции (хламидиоз). Диагноз ЭБ установлен сразу же при поступлении в приемный покой и в 80% случаях диагноз ЭБ был подтвержден и в течении и в течении 20-25 минут пациентка подана в операционную.

Затруднения в плане диагностики вызывали только те случаи (20% пациенток), которым диагноз ЭБ поставлен в результате выжидательной тактики ведения и оперативное лечение проведено в отсроченном порядке (каждая 8-9 пациентка). Во всех случаях показаниям и к экстренному хирургическому лечению явились: внутрибрюшное кровотечение, степень геморрагического шока и тяжесть состояния пациентки.

В каждой группе пациенток индивидуально выбирался хирургический доступ. При невыраженной клинической картине (в основном прогрессирующая ЭБ) малоинвазивный оперативный доступ был приоритетным.

В группе пациенток с выраженной клинической картиной мы руководствовались такими показателями как шоковый индекс по Альговеру,

тяжесть состояния пациентки, степень геморрагического шока, интерстициальная локализация ЭБ и общие противопоказания к лапароскопии (выраженное ожирение и спаечный процесс в малом тазу). В этой группе пациенток ситуация склонялась к нижнесрединной лапаротомии и радикальной тубэктомии. Во всех случаях диагноз ЭБ был верифицирован на основании данных задержки менструации, объективного и физикального обследования, данных специального гинекологического обследования и лабораторно-инструментальных обследований.

В первой группе диагностика ЭБ не представляла трудностей и 100% пациенток экстренно взяты на лапоротомию. Во второй группе пациенток диагностика ЭБ была затруднена. Диагноз ЭБ был выставлен на основании монотонного прироста β -субъединицы ХГЧ, наличие гемоперитонеума в брюшной полости и данными диагностической лапароскопии у 68 пациенток (65,3%). У 5 (5,4%) пациенток прирост β -субъединицы ХГЧ был непостоянным и имел низкие значения 50 межд.ед/, также отмечалось падение ХГЧ при клинике ЭБ.

Длительность дооперационного пребывания пациенток второй группы составило $2 \pm 0,5$ дней. У 22 (21,7%) пациенток второй группы диагноз был

установлен при помощи лечебно-диагностической лапароскопии. Органосохраняющие операции по поводу ЭБ проведены в 5 (5,2%) случаях у пациенток первой группы 56 (53,8%) пациенток второй группы. В проведении органосохраняющих операций обращали внимание на возраст пациентки, генеративную функцию, размеры плодного яйца не более 3-5 см в диаметре, расположение ампулярном, инфундибулярном или истмическом отделе и целостность стенки маточной трубы.

Всем пациенткам во время операции определялась проходимость второй трубы. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, инфузионная, десенсебилизирующая терапия. Осложнений после операции не наблюдалось. Больные после лапороскопической операции были выписаны в среднем на 4-5 сутки с рекомендациями для обследования на ИППП, рекомендована гормональная контрацепция в течении 6 месяцев и перед планируемой беременностью проведение метросальпингографии.

ВЫВОДЫ: трудности диагностики ЭБ требуют использование дополнительных клинико-инструментальных обследований и использование современных диагностических методов для верификации диагноза ЭБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Радзинский В.Е., Духин А.О. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. - М.: Изд. РУДН, 2004. - 274 с.
- 2 Адамян Л. В., Чернова И.С., Козаченко А.В. «Современные подходы к лечению эктопической беременности»./Сборник материалов XXI Международного конгресса «Технологии XXI века в гинекологии». - М.: 2008. - С. 177-178.
- 3 А.Флейшер, Ф. Мэннинг, Ф. Дженти, Р. Ромэро. Эхография в акушерстве и гинекологии. Теория и практика. - М.: 2005. - 248 с.
- 4 Anne-Marie L, Beth P. Diagnosis and management of ectopic pregnancy.// Am Fam Physician. - 2005. - #72. - P. 1707-1714
- 5 Раисова А.Т. Невынашивание беременности эндокринного генеза. Методическое пособие. - Алматы: 2004. - 20 с.
- 6 Жатканбаева Г.Ж. Клиническая эффективность малоинвазивных методов лечения эктопической беременности. Materiały IX Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji, «Strategiczne pytania światowej nauki - 2013», 07-15 lutego 2013 roku, Volume 23 Medycyna. Przemysł Nauka i Studia. - Praha: 2013. - P. 5-8.
- 7 Бани Одех Е.Ю. Состояние репродуктивного здоровья после оперативного лечения трубной беременности.// Вестник РУДН. - 2003. - №4. - С. 143 - 146.
- 8 Yao M, Tulandi T. Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. Fertil Steril 1997; 67:421.
- 9 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy--United States, 1990-1992. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44:46.
- 10 Fylstra DL. Tubal pregnancy: a review of current diagnosis and treatment. Obstet Gynecol Surv 1998; 53:320.
- 11 Murray H, Baakdah H, Bardell T, Tulandi T. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. CMAJ 2005; 173:905.
- 12 Kamwendo F, Forslin L, Bodin L, Danielsson D. Epidemiology of ectopic pregnancy during a 28 year period and the role of pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect 2000; 76:28.
- 13 Zane SB, Kieke BA Jr, Kendrick JS, Bruce C. Surveillance in a time of changing health care practices: estimating ectopic pregnancy incidence

in the United States. *Matern Child Health J* 2002; 6:227.

14 Cagnacci A, Landi S, Volpe A. Rhythmic variation in the rate of ectopic pregnancy throughout the year. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1067.

Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА¹, С. Е. ЕРКЕНОВА¹, Л.И. НУРГАЛИЕВА¹, С.А. ЛЫСЕНКОВ², А.С. ЛЕМИС¹,
 Д.Д. СУЛТАНОВА¹, А.А. КАРИБАЕВА¹, Н.Б. КОНКЫШ¹, В.А. ВАСИЛЬЕВА²
¹С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
²№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы

ЭКТОПИЯЛЫҚ ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕГІ ЗАМАНАУИ ДИАГНОСТИКАЛАУ АСПЕКТІСІ

Түйін: Аталған мақала ЭЖ кезінде клиникалық көрінісі айқын болмаған жағдайда, диагностикалауға қиыншылық түскен жағдайдағы мәселені талқылау үшін. ЭЖ диагностикасы қиын болған жағдайда қосымша клинико-инструменттік тексеру және ЭЖ кезіндегі заманауи диагностикалық әдістерді верификациялық диагноз қою үшін кеңінен қолданылады.

Түйінді сөздер: диагностика, жүктілік

G.ZH. ZHATKANBAYEVA¹, S.E. ERKENOVA¹, L.I. NURGALIYEVA¹, S.A. LYSENKOV², A.S. LEMIS¹, D.D. SULTANOVA¹,
 A.A. KARIBAEVA¹, N.B. KONKYSH¹, V.A. VASILYEVA²
¹Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
²City Hospital №4, Almaty

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS WITH ECTOPIC PREGNANCY

Resume: This article is devoted by questions of diagnosis hampered ectopic pregnancy associated with an absence of the clinical signs. In difficult case of the diagnosis of ectopic pregnancy it's necessary use to additional clinical and instrumental examinations for verifying the diagnosis of ectopic pregnancy. Ectopic pregnancy occurs when the developing blastocyst becomes implanted at a site other than the endometrium of the uterine cavity. The most common extra-uterine location is the fallopian tube, which accounts for 98 percent of all ectopic gestations.

The current incidence of ectopic pregnancy is difficult to estimate from available data (hospitalizations, insurance billing records) because inpatient hospital treatment of ectopic pregnancy has decreased and multiple health care visits for a single ectopic pregnancy have increased. Furthermore, since the incidence is expressed as the number of ectopic pregnancies/1000pregnancies, the denominator is difficult to determine accurately since early pregnancy failures that do not result in delivery or hospitalization are often not counted.

Risk factors for ectopic pregnancy can be divided into those that confer high, moderate, or low risk. However, the characteristics that place a woman at risk for ectopic pregnancy are not completely independent of one another.

Keywords: diagnosis, pregnancy, ectopic pregnancy, maternal mortality

Г.Ж. Жатканбаева¹, С.Е. Еркенова¹, Л.И. Нурғалиева¹, С.А. Лысенков², Н.А. Алиева¹,
Ж.А. Тлеуназарова¹, А.К. Абилбекова¹, А.Е. Оспанова¹, Л.М. Хампиева²

¹ Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова,

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

УДК 618.14-006.36-089

В современных условиях открываются новые возможности в лечении пациенток с миомой матки. До недавнего времени одним из предпочтительных доступов при хирургическом лечении данной патологии была лапаротомия. Описаны проведения экстирпации матки лапароскопическим доступом с 1989 года [1,2]. В различных регионах Казахстана, благодаря проведению международных мастер-классов с участием профессоров ближнего и дальнего зарубежья (профессор Штыров С.В., Бочорошвили Р.Г.) лапароскопическая гистерэктомия прочно заняла свое место в проведении гинекологических операций малоинвазивным доступом. При лапароскопическом доступе (ЛД) сокращаются сроки пребывания пациента на больничной койке, меньшая травматичность, небольшая кровопотеря и ранний восстановительный период – вот те критерии преимущества данного метода [3,4]. В городской клинической больнице №4 основоположником данного метода лечения больных явилась заведующая кафедрой акушерства и гинекологии №1 профессор Омарова Г.К. Сегодня лапароскопическая гистерэктомия прочно заняла свое место в лечении пациенток с миомой матки. Сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии (Жатканбаевой Г.Ж., Кудамановой А.Б., Джаркимбековой Г.К.) и сотрудниками отделения (зав. отделения Лысенков С.А., Башкирова М.Ю., Хампиева Л.М.) совместно с профессором Коркан А.И. проведены обучающие мастер-классы.

Цель исследования: оценить эффективность ЛД и лапаротомии при проведении тотальной гистерэктомии.

Материал и методы исследования. Были обследованы и оперированы 65 пациенток с миомой матки. Первая контрольная группа (35 пациенток) оперирована ЛД и вторая сравнительная группа (30) оперирована путем лапаротомии. У всех пациентов давность заболевания составила не более 5 лет, диагноз миомы матки верифицирован и определены показания к оперативному лечению. Возраст пациенток был сопоставим (46-63 года), средний

В современных условиях открываются новые возможности в лечении пациенток с миомой матки. Лапароскопическая гистерэктомия является методом выбора и эффективность данного оперативного доступа очевидна в плане развития ранних послеоперационных осложнений, быстрого восстановительного периода и ранней реабилитации для улучшения качества жизни пациенток.

Ключевые слова: миома матки, хирургия, лечение

возраст составил $52,3 \pm 1,2$ года. Анализ менструальной функции показал, что раннее менархе наблюдалось у 46,1% (30) и позднее менархе у 36,9% (24). Жалобы обеих групп пациенток в 75-80% случаях на нарушение менструальной функции в репродуктивном возрасте, диффузная форма мастопатии у 37,1% (13) и 36,6% (11), ранняя менопауза у 5,7% (2) и 6,6% (2), поздняя менопауза у 51,4% (18) и 53,3% (16), соответственно в обеих группах.

При проведении лапароскопической гистерэктомии (ЛГ) показаниями явились: миома матки до 12-13 недель беременности, отсутствие полного пролапса гениталий, доброкачественные новообразования яичников. Показаниями к проведению лапаротомии служило: большой размер миомы более 15-16 недель беременности, выраженный спаечный процесс органов малого таза (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, операции на придатках матки и др.). Длительность ЛГ на начальном этапе составила от 90-180 минут, по мере отработки различных этапов операции на виртуальном тренажере LapSim (Швеция) отмечалось снижение операционного времени до 70-110 минут. При лапаротомии, с учетом технических трудностей (перенесенные ранее лапаротомии, оперативные вмешательства на матке и придатках) время, затраченное на операцию составило 85-120 минут. Длительность пребывания в стационаре до 4-6 суток после ЛГ и 6-8 суток после абдоминальной гистерэктомии.

Малые послеоперационные осложнения (перикюльтит, инфильтрат параметрия,

субфебрильная температура, кровотечение из культи влагалища) встречались в 5,7% (2) при ЛГ. При проведении абдоминальной гистерэктомии эти осложнения у 10,0% (3) и были связаны с выраженным спаечным процессом в брюшной полости.

Выводы: Лапароскопическая гистерэктомия является методом выбора и эффективность данного оперативного доступа очевидна в плане развития ранних послеоперационных осложнений, быстрого восстановительного периода и ранней реабилитации для улучшения качества жизни пациенток.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Адамян Л.В., Кулаков В.И., Киселев С.И. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия // Журнал акушерства и женских болезней. - 2001.- N 3.-С.31-33
- 2 Аракелян А. С. Использование различных хирургических доступов (лапаротомия, лапароскопия, влагалищный) при радикальных операциях у больных миомой матки больших размеров: автореф. дисс. ... канд. мед. Наук - М., 2010. – 26 с.
- 3 Adamyan L.V., Kiselev S., Arakelyan A. Potentialities of Total Laparoscopic Hysterectomy for Radical Treatment of Uterine Diseases. // The Journal of Minimally Invasive Gynecology. – 2007. - Volume 14. – Issue 6. – P. 2-3.
- 4 Корик В.Е. Карбоксиперитонеум при лапароскопических операциях – необходимость альтернативы? // Военная медицина. - 2009. - № 4. – С. 73–75.

**Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА¹, С.Е. ЕРКЕНОВА¹, Л.И. НУРГАЛИЕВА¹, С.А. ЛЫСЕНКОВ², Н.А. АЛИЕВА¹,
Ж.А. ТЛЕУНАЗАРОВА¹, А.К. АБИЛБЕКОВА¹, А.Е. ОСПАНОВА¹, Л.М. ХАМПИЕВА²**

¹С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

²№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы

ЖАТЫР МИОМАСЫН ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ХИРУРГИЯЛЫҚ АСПЕКТИЛЕР

Түйін: Заманауи талаптарға сәйкес жатыр миомасын емдеуде көптеген мүмкіндіктер пайда болуда. Лапароскопиялық гистерэктомия науқастың өмір сапасын жақсарту үшін ерте оңалту мен қалпына келтіру кезеңін жылдамдатуда, ерте отадан кейінгі асқынулардағы жоспарлы оперативті емдеудегі таңдау әдістерінің бірі болып табылады.

Түйінді сөздер: жатырдың миомасы, хирургия, емдеу

G.ZH. ZHATKANBAYEVA¹, S.E. ERKENOVA¹, L.I. NURGALIYEVA¹, S.A. LYSENKOV², N.A. ALIYEVA¹,
A. ZH. TLEUNAZAROVA¹, A.K. ABILBEKOVA¹, A.E. OSPANOVA¹, L.M. KHAMPIEVA²

¹Asfendiarov Kazakh National medical university,

²City Hospital №4, Almaty

MODERN ASPECTS OF SURGICAL MANAGEMENT OF UTERINE FIBROIDS

Resume: Uterine fibroids are the most common tumor of the reproductive tract in women of reproductive age. Although they are benign tumors that are often asymptomatic, uterine fibroids may cause debilitating symptoms in many women, such as abnormal uterine bleeding, abdominal pain, increased abdominal girth, urinary frequency, constipation, pregnancy loss, dyspareunia, and in some cases infertility. Several approaches are available for the treatment of uterine fibroids. These include pharmacologic options, such as hormonal therapies and gonadotropin-releasing hormone agonists; surgical approaches, such as hysterectomy, myomectomy, myolysis, laparoscopic uterine artery occlusion, magnetic resonance imaging-guided focused ultrasound surgery, and uterine artery embolization. The choice of approach may be dictated by factors such as the patient's desire to become pregnant in the future, the importance of uterine preservation, symptom severity, and tumor characteristics. New treatment options for uterine fibroids would be minimally invasive, have long-term data demonstrating efficacy and safety, have minimal or no incidence of fibroid recurrence, be easy to perform, preserve fertility, and be cost effective. New treatment approaches are under investigation, with the goals of being effective, safe, and less invasive.

In modern conditions new opportunities in the treatment of patients with uterine myoma. Until recently, one of the preferred approaches in the surgical treatment of this pathology was laparotomy. We describe the laparoscopic extirpation of the uterus in 1989 [1,2]. When laparoscopic access (LD) reduced the length of stay of the patient in a hospital bed, less trauma, blood loss and a small early recovery period - these are the criteria for the benefits of this method [3,4] ..

Objective: To evaluate the effectiveness of LD and laparotomy during total hysterectomy.

Material and methods. They were examined and operated on 65 patients with uterine myoma. The first control group (35 patients) was operated LD and a second comparison group (30) is operated by laparotomy. In all patients, the disease duration was not more than 5 years, the diagnosis of uterine fibroids is verified and the indications for surgical treatment. Age of patients was comparable (46-63 years), mean age was $52,3 \pm 1,2$ years. Analysis of menstrual function showed that early menarche was observed in 46.1% (30) and later menarche at 36.9% (24). Complaints of both groups of patients in 75-80% of cases, menstrual dysfunction in the reproductive age, diffuse form of mastitis in 37.1% (13) and 36.6% (11), early menopause in 5.7% (2) and 6, % 6 (2), late menopause in 51.4% (18) 53.3% (16), respectively, in both treatment groups.

Keywords: uterine fibroids, surgery, treatment

А.И. Коркан, М.В. Лактионова, И.М. Смагина, С.А. Лысенков, Л.С. Диамбекова
Городская клиническая больница №4

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД. ЭФФЕКТИВНОСТЬ

УДК 618.14-065.881

В

ведение. Пропалс тазовых органов занимает 3-е место в структуре гинекологических заболеваний (28%).

В связи с этим, до 15% всех «больших» гинекологических операций производится по этому поводу (Краснопольский В.И., 2005). Примерно одна из девяти женщин до 80 лет будет прооперирована по поводу пролапса гениталий, причем в 30% случаев потребуются повторные вмешательства (Olsen A.L., 1997). Результаты крупных исследований доказывают актуальность и эффективность замещения тазовой фасции сетчатыми протезами в лечении пролапса гениталий [1], а также сочетание различных оперативных приемов для одномоментного устранения функциональных нарушений органов малого таза [2,3]

Нами разработана концепция хирургической тактики при пролапсе тазовых органов, содержащая три составляющие. Первая основывается на понимании анатомического строения и функционального состояния тазовых структур, исходя из трехуровневой теории строения тазового дна, имеющая морфологические и функциональные нарушения на всех трех уровнях при пролапсе. Таким образом, хирургическая тактика должна учитывать обязательную коррекцию подвешивающего, фиксирующего и поддерживающего аппарата тазового дна на всех трех уровнях. Вторая заключается в использовании разного рода сетчатых протезов, т.к. традиционные хирургические методы лечения пролапса с использованием собственной ткани путем укорочения и подшивания дает до 40% рецидива. Третья составляющая предусматривает одномоментную коррекцию функциональных нарушений мочевого пузыря, уретры и прямой кишки с применением дополнительных оперативных приемов (TVT classic, TVT – O, удаление дивертикулообразного выпячивания прямой кишки). Согласно данной концепции профессором Коркан А.И. разработаны алгоритмы лечения женщин с пролапсом ОМТ, осложненным стрессовым недержанием мочи или нарушением функции прямой кишки. [2]

В данной статье представлен проспективный анализ 157 случаев хирургического лечения генитального пролапса с июня 2013г. – июнь 2016г., где основной целью являлось изучение комбинированного подхода хирургических методов генитального пролапса с учетом функциональных нарушений органов малого таза. Комбинированный метод лечения является эффективным способом лечения пролапса тазовых органов. Сочетание ЛП с ТРПЦФ не дал рецидива цистоцеле, против 13,51% (5) при сочетании ЛП с процедурой Берч, в комбинации с ТВТ-О цистоцеле не было. Рецидив апикального пролапса отсутствовал во всех случаях с промонтофиксацией. При вентерофиксации в сочетании с ТРПЦФ рецидив апикального пролапса с цистоцеле и ректоцеле составил 2,7%(1). В отношении профилактики и лечения СНМ ЛП в сочетании с ТВТ-О наиболее эффективна – 2,7% (1) рецидива, против 13,5%(5) в сочетании с ТРПЦФ и 5,4 % (2) в сочетании с процедурой Берч. Во второй группе, где протез устанавливался только влагалитным доступом - ТРПЦФ, как самостоятельный метод лечения, дал рецидив апикального пролапса с цисто и ректоцеле IV степени в 1 случае (2,02%), рецидив СНМ составил 6,5% (3), является альтернативой комбинированному методу, когда лапароскопия противопоказана. Рецидив СНМ после TVT-O в данной группе составил 8,3%(4), в отношении цистоцеле рецидива не было. В группе без учета функциональных нарушений органов малого таза рецидива апикального пролапса не было, рецидив цистоцеле и СНМ составил 21,05%(8).

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, стрессовое недержание мочи, синтетический протез

Мы поставили перед собой следующие цели и задачи:

- Оценить эффективность оперативного лечения пролапса гениталий согласно алгоритмам хирургической тактики [2] с профилактикой или устранением функциональных нарушений уретры, мочевого пузыря и прямой кишки.
- Доказать необходимость использования комбинированных методов лечения с одномоментным использованием сетчатых протезов влагалищным и лапароскопическим доступом при наличии соответствующих показаний.
- Сравнить методы профилактики и лечения функциональных нарушений уретры и мочевого пузыря в структуре комбинированного подхода лечения.
- Оценить эффективность лечения пролапса с применением синтетического протеза влагалищным доступом, как альтернативу комбинированному методу лечения в случае, если лапароскопия или большой объем операции противопоказаны.
- Провести сравнительный анализ использования комбинированного метода лечения с операциями, не учитывающими коррекцию функциональных нарушений или выполненными традиционными методами без применения сетчатых протезов.
- Оценить эффективность хирургического лечения ректоцеле влагалищным и лапароскопическим доступом.
- Оценить эффективность лечения стрессового недержания мочи при небольшом уретроцеле, не являющимся клинической стадией пролапса по POP-Q, где основным клиническим проявлением является стрессовое недержание мочи.

Материалы и методы исследования.

Проведен проспективный анализ 157 случаев хирургического лечения генитального пролапса с июня 2013г. – июнь 2016г.

Объем исследования включал клинические, лабораторные методы, метод анкетирования (дневник мочеиспускания, вопросник-анкеты), ультразвуковой и статистический метод.

Для оценки степени опущения тазовых органов использовалась хирургическая классификация пролапсов тазовых органов POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification). Объем оперативного вмешательства оценивался согласно алгоритмам хирургической тактики, разработанной профессором Коркан А.И. [2]. С целью дифференциальной диагностики стрессовой, ургентной и смешанной видов инконтиненции был применен специализированный опросник P. Abrams, A.J. Wein (1998). Все полученные данные анализированы с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Хирургические методы в структуре комбинированного подхода. Основными показаниями для лапароскопической промонтофиксации являлся апикальный пролапс, опущение сводов влагалища, при наличии дефекта задней стенки влагалища, от места прикрепления крестцово-маточных связок к основному протезу пришивались две ленточки размерами 1,5см x 5,0см, идущие к мышцам поднимающим задний проход. Лапароскопическая вентерофиксация была выполнена при невозможном доступе к промонториуму у 1 пациентки. При абсолютных противопоказаниях к лапароскопии 2 пациенткам была сделана лапаротомная вентерофиксация. Вентерофиксация, как метод лечения, не корректирует ни один из анатомических уровней малого таза, что является недостаточным для полноценного устранения пролапса[2]. Тотальная влагалищная репозиция пубо – цервикальной фасции (ТВРПЦФ, передний пролифт) имела место при выраженном или изолированном цистоцеле со стрессовой инконтиненцией или без нее. Применялась в комбинированной терапии с промонтофиксацией или вентерофиксацией при аппикальном пролапсе в сочетании с цистоцеле III, IV степени. А также как самостоятельный метод, когда большой объем был противопоказан для тотального пролапса. Тотальная влагалищная репозиция тазовой фасции (задний пролифт) использовалась при ректоцеле, с противопоказаниями для лапароскопии. С помощью лапароскопической процедуры Берча и TVT – O мы корректировали стрессовое недержание мочи, в том числе с небольшой степенью цистоцеле. TVT – classic применялась при рецидиве стрессового недержания мочи после TVT-о или ТРПЦФ. Лапароскопическая ампутация и экстирпация матки были показаны пациенткам с симптомной миомой матки размером более 5 см, аденомиозом, кистами и кистами яичников в менопаузе. Вопрос о придатках решался с учетом возраста (более 45 лет), показаний онколога и диагностики состояния придатков интраоперационно. Кольпопластика, проводилась в косметических целях, сочеталась с другими методами при невыраженном опущении, сопровождала лапароскопическую ампутацию и экстирпацию в целях снижения риска дальнейшего опущения тазовых органов, а также при относительных противопоказаниях к установке сетчатого протеза, таких как молодой возраст и др. [5].

В качестве протеза во всех операциях была использована проленовая сетка «Этикон, Джонсон и Джонсон», которая относится к типу I по классификации синтетических сеток, предложенной в 1997 году Amid P.K (Amid P.K.,

1997)[7]. Состоит из монофиламентных волокон, что препятствует размножению бактерий, а макропористая структура способствует прорастанию тканей.

Все пациентки прошли осмотр в течении 3-х месяцев, 6 месяцев, года, 1,5 года, 2-х лет. Возраст пациенток варьировал от 25 лет до 83, в среднем составив 55 лет. Основными жалобами были: дискомфорт и ощущение инородного тела во влагалище 71 пациентка (45,22%), те же в сочетании со стрессовым недержанием мочи 53 – 33,8% случаев; в сочетании с затрудненным мочеиспусканием – 18 (11,55%); в сочетании с недержанием кала и газов всего у 2 пациенток 1,3%; и только на стрессовое недержание мочи жаловались 13 женщин (8,3%). Из них 17 (10,8%) пациенток были оперированы по поводу рецидива.

С учетом анатомии пролапса, сопутствующих функциональных нарушений выделены 5 направлений хирургической тактики: 1 - комбинированный метод установления сетчатого протеза лапароскопическим и лапароскопическим в сочетании с вагинальным доступом, учитывая профилактику и лечение функциональных нарушений органов малого таза применялся в 37 (23,56%) случаях. 2 - лапароскопическим доступом без учета профилактики функциональных нарушений органов малого таза в 38 (24,2%). 3 - вагинальным доступом – 48 (30,57%). 4 - операции без применения сетчатого протеза 21 (13,4%). 5 - 13 случаев - 8,2% пациентки были оперированы только по поводу стрессового недержания мочи.

Результаты исследования.

Таблица 1 - Результаты

Группы		Цистоцеле			Ректоцеле		СН			Апикальный пролапс. Цисто,- ректоцеле		Диспареуния	Эрозия протеза	Тазовые боли
					пластика	Нет пластики								
1.Комбинированный метод (37)		Берч	ТРПЦФ	ТВТ	7 (18,9%)		8 (21,62%)			Вентеро +ТРП ЦФ	Промонто	1(2,7%)	3(8,1%)	2 (6,9%)
Вентерофиксация	Промонтофиксация	7(18,9%)			3(8,1%)	4 (10,8%)	ТРП ЦФ	ТВТ	Берч	1(2,7%)	0			
3	34	5(13,51%)	2 (5,4%)	0			5(13,51%)	1(2,7%)	2(5,4%)					
2.Лапароскопический метод (38)		Пластика	Нет пластики	7(18,42%)		Пластика		Нет пластики	0		2(5,4%)	1(2,6%)	1(2,7%)	
		8(21,05%)			8(21,05%)									
		7(18,4%)	1(2,6%)	6(15,7%)	1(2,6%)	6(15,8%)	2(5,3%)							
3.Вагинальный метод 48		ТРПЦФ	ТВТ	ТРП ЦФ	пластика	7(14,58%)			ТРП ЦФ	ТВТ	0	5(10,5%)	0	
ТРПЦФ	ТВТ	0	0	6,25%		ТРПЦФ	ТВТ							
23	25			1(2,0%)	2(4,1%)	3(6,25%)	4(8,3%)	1(2,0%)	0					

Комбинированный метод лечения является эффективным способом лечения пролапса тазовых органов (таблица 1). Сочетание лапароскопической промонтофиксации (ЛП) с тотальной репозицией пубо - цервикальной фасции (ТРПЦФ) не дал рецидива цистоцеле, против 13,51% (5) при сочетании ЛП с процедурой Берч, в комбинации с ТВТ-О цистоцеле не было. Рецидив апикального пролапса отсутствовал во всех случаях с промонтофиксацией. При вентерофиксации в сочетании с ТРПЦФ рецидив апикального пролапса с цистоцеле и ректоцеле составил 2,7%(1). В

отношении профилактики и лечения стрессового недержания мочи (СНМ) ЛП в сочетании с ТВТ-О наиболее эффективна – 2,7% (1) рецидива, против 13,5% (5) в сочетании с ТРПЦФ и 5,4% (2) в сочетании с процедурой Берч.

При вагинальном подходе - ТРПЦФ, как самостоятельный метод лечения, дал рецидив апикального пролапса с цисто и ректоцеле IV степени в 1 случае (2,02%) , рецидив СНМ составил 6,5%(3), является альтернативой комбинированному методу, когда лапароскопия противопоказана. Рецидив СНМ после ТВТ-О в

данной группе составил 8,3%(4), в отношении цистоцеле рецидива не было (таблица №1)..

В группе без учета функциональных нарушений органов малого таза рецидива апикального пролапса не было, рецидив цистоцеле и СНМ составил 21,05%(8) (таблица 1).

Рецидив ректоцеле после 82 кольпоперинеолеваторопластик во всех 4 группах составил 15,8%(13), более эффективен у женщин с небольшой степенью пролапса. В первой группе 18,9%(8,1% после задней пластики, 10,8% без пластики), во второй группе 6,25 %(4,1% после задней пластики и 1 случай после установки заднего «Prolift») и в третьей группе 18,42%(15,7% после пластики и 2,6% без пластики). ЛП с фиксацией сетчатого протеза к леваторам показала высокую эффективность - рецидива ректоцеле не наблюдалось. Только 2 пациентки из 157

жаловались на недержание кала. Одной была сделана кольпоперинеолеваторопластика дважды, другой лапароскопическая промонтофиксация от леваторов, обе пациентки отмечают только частичное улучшение.

В группе без применения сетчатых протезов у молодых женщин или женщинам с I, II степенью пролапса рецидив цистоцеле составил 9,52% (2) и ректоцеле 9,52% (2).

В 5-ой группе 13 пациенток имели дистальный дефект с нарушением фиксации уретры к урогенитальной диафрагме под симфизом (классификация Американской Урологической ассоциации), что проявлялось небольшим уретроцеле, не являющимся клинической стадией пролапса по POP-Q, и стрессовым недержанием мочи.

Таблица 2 - Хирургия стрессового недержания мочи

Метод	количество	рецидив
Лапароскопическая процедура Берч	2	1(7,6%)
TVT - O	6	0
TVT – classic при рецидиве стрессового недержания мочи после TVT-O в других группах	5	0

Из 13 пациенток рецидив возник только у 1-ой (7,6%) после лапароскопической Берч процедуры, после TVT-O и TVT – classic рецидива не было. Таким образом, можно использовать любой из этих методов при данной патологии (таблица №2).

Выводы и практические рекомендации.

- Комбинированный метод лечения является эффективным способом лечения пролапса тазовых органов.
- В отношении апикального пролапса и цистоцеле наилучшим сочетанием является лапароскопическая промонтофиксация с тотальной влагалищной репозицией пубо - цервикальной фасции (ТВРПЦФ) при III –IV степени пролапса или с TVT-O при наличии стрессового недержания мочи, рецидивов пролапса не было. Венгерофиксация, как метод лечения, не корректирует ни один из анатомических уровней малого таза, что является недостаточным для полноценного устранения пролапса.

- Для стрессового недержания мочи в сочетании с пролапсом матки и свода влагалища, промонтофиксацию эффективнее сочетать с ТВТ-О или с TVT - classic, чем с процедурой Берч или ТВРПЦФ.
- ТВРПЦФ может успешно использоваться как самостоятельный метод лечения апикального пролапса и цистоцеле в ситуациях, когда есть противопоказания к лапароскопии. Но в качестве профилактики и лечения стрессового недержания мочи не эффективна. TVT-O также может применяться при незначительных стадиях пролапса при наличии стрессового недержания мочи с дополнительной пластикой передней стенки влагалища ниже установленного протеза, рецидивов цистоцеле при такой тактике не было.
- Образование цистоцеле и СНМ de novo составили 21,05% в группе, где производилась только промонтофиксация. Поэтому профилактически учитывать данный фактор

имеет смысл. С косметической целью молодым женщинам при начинающихся проявлениях пролапса, при отсутствии функциональным нарушений или с небольшим пролапсом, при относительных противопоказаниях к использованию сетки возможна коррекция собственными тканями.

- Для устранения ректоцеле более эффективной является промонтофиксация с подшиванием сетчатого протеза к леваторам, рецидива не наблюдалось. Кольпоперинеолеваторопластика

дала 15,8%(13) рецидива ректоцеле, более актуальна для женщин с небольшой степенью пролапса.

- При лечении стрессового недержания мочи с небольшим уретроцеле из 13 пациенток рецидив возник только у 1-ой (7,6%) после лапароскопической Берч процедуры, после TVT-O и TVT – classic рецидива не было. Таким образом можно использовать любой из этих методов при данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Carey M, Higgs P, Goh J, et al. Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial // BJOG. – 2009. – 116(10). – P. 1380-1386.
- 2 Коркан А.И. Пролапс тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика. – Алматы: 2009. – 168с.
- 3 Matsuoka PK, Pacetta AM, Baracat EC, Haddad JM/ Should prophylactic anti-incontinence procedures be performed at the time of prolapse repair? Systematic review // Int Urogynecol J. – 2015. – 26(2). – P. 187-193.
- 4 Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM/ Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review // Am J Obstet Gynecol. – 2014. – 211(4). – P. 326-35.
- 5 Deng T., Liao B., Luo D., Shen H., Wang K. Risk factors for mesh erosion after female pelvic floor reconstructive surgery: a systematic review and meta-analysis. – 2016. – 117(2). – P. 323-343.
- 6 Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 4.
- 7 Amid P.K/ Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery // Hernia. – 1977. – №1. – P. 15-21.

А.И. КОРКАН, М.В. ЛАКТИОНОВА, И.М. СМАГИНА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Л.С. ДИАМБЕКОВА

КІШІ ЖАМБАС ОРГАНДАРЫНЫҢ ФУНКЦИОНАЛДЫҚ БҰЗЫЛУЫН ЕСЕПКЕ АЛҒАНДАҒЫ СЫРТҚЫ ЖЫНЫС АҒЗАЛАРЫ АҚТАРЫЛУЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ. БІРІКТІРІЛГЕН ТӘСІЛ. ТИІМДІЛІК

Түйін: Аталған мақалада 2013 жылдың маусымынан – 2016 жылдың маусымы аралығындағы жыныстық пролапстың хирургиялық емінің 157 жағдайының проспективті талдауы көрсетілген. Талдаудың мақсаты жамбас астауы мүшелерінің қызметінің бұзылуымен қатарласқан жыныстық пролапс емінің хирургиялық әдісінің кешенді жолын зерттеу. Жамбас астауы пролапсын кешенді түрде емдеу тиімді болып саналады. ЛП пубо-цервикалды фасцияның тоталды репозициясымен бірге цистоцеле сияқты рецидивті бермеді, ал ЛП мен Берч әдісінде-13,51 %(5), TVT-O-мен кешенді әдісте цистоцеле мүлдем болмады. Промонтофиксация жасалған жағдайлардың барлығында апикалды пролапстың рецидиві байқалмады. Венерофиксациямен қатао пубоцервикалды фасцияның тоталды репозициясы кезіндегі цистоцеле мен ректоцелемен көрінген апикалды пролапстың рецидиві 2,7%(1) құрады. Стресстік зәр ұстамаудың емі мен алдын алуда қолданылатын ЛП TVT-O-мен бірге анағұрлым тиімді, рецидив-2,7%(1), ал пубо-цервикалды фасцияның тоталды репозициясымен бірге рецидив -13,5% (5), Берч әдісімен бірге рецидив-5,4%(2)көрсетті. Протез қынаптық жолмен орнатылған екінші топта рецидив 1 ғана жағдайда байқалды (2,02). Бұд кезде рецидив цистоцеле мен ректоцеле 4-дәрежедегі апикалды пролапс түрінде көрінді. Стресстік зәр ұстамау 6,5%(3) қайталанды, бұл кезде лапароскопия әдісі қарсы көрсетілген болатын. TVT-O-даг кейінгі стресстік зәр ұстамаудың қайталануы аталған топта 8,3% (4) құрады, бірақ цистоцелеге байланысты рецидив байқалмады. Жамбас астауы қызметінің бұзылысы жоқ топта апикалды пролапстың рецидиві болмады, цистоцеле мен зәрді стресстік ұстамаудың рецидиві 21,05% (8) құрады.

Түйінді сөздер: жамбас астауының пролапсы, зәрді стресстік ұстамау, синтетикалық протез.

A.I. KORKAN, M.V. LAKTIONOVA, I.M. SMAGINA, S.A. LYSENKO, L.S. DIAMBEKOVA
SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE IN VIEW OF FUNCTIONAL DISORDERS
PELVIC ORGANS. A COMBINED APPROACH. EFFICIENCY

Resume: This article presents a prospective analysis of 157 cases of surgical treatment of genital prolapse in June 2013 - June 2016, where the main objective was to study the combined approach of genital prolapse surgical techniques with considering functional disorders of the pelvic organs. Combined method of treatment is an effective treatment for pelvic organ prolapse. When LP was combined with TRPTSF recurrence of cystocele was not, versus 13.51% (5) in combination LP with Burch procedure, in conjunction with TVT-O cystocele was not. Relapse of apical prolapse was absent in all cases with promontofixation. When venterofiksation was combined with TRPTSF recurrence of apical prolapse with cystocele and rectocele was 2.7% (1). For prevention and treatment of SUI the most effective when LP was combined with TBT-O is - 2.7% (1) of recurrence versus 13,5% (5) in combination with TRPTSF and 5.4% (2) in combination with the Birch procedure. In the second group, where the prosthesis was placed only through the vagina - TRPTSF as an independent method of treatment gave a recurrence of apical prolapse with cysts and rectocele grade IV in 1 case (2.02%) , SUI recurrence was 6.5% (3). It is alternative to the combined method, when laparoscopy is contraindicated. SUI relapse after TVT-O in this group was 8.3% (4) , recurrence of cystocele was not. In the group without regard to functional disorders of pelvic recurrences of apical prolapse was not, recurrence of cystocele and SUI was amounted to 21,05% (8).

Keywords: pelvic organ prolapse, stress urinary incontinence, a synthetic prosthesis

Г.Ж. Жатканбаева¹, С.А. Лысенков², А.Л. Турсымбетова², М.Ю. Башкирова², К.Ш. Сахаева²

¹ Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ С АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ МАТКИ

УДК 618.14-08

Артериовенозная мальформация матки является достаточно редкой патологией. В современной литературе имеются немногочисленные данные по диагностике и лечению данной патологии в каждом отдельном случае. Особенно тактика ведения таких пациентов затруднена при беременности. Артериовенозная мальформация матки (АВММ) – это дисплазия сосудов в виде коммуникации маточных вен с ветвями артерий разного калибра из бассейнов внутренних подвздошных артерий. По классификации АВММ делится на врожденную и приобретенную патологию. При врожденной патологии возникает аномальное развитие эмбриональных примитивных сосудистых структур. Главной особенностью врожденной патологии являются многочисленные питающие артерии таза и дренирующие их вены. Приобретенная патология отличается тем, что имеется множество мелких артериовенозных шунтов в полости матки. Эта патология возникает в результате травматического повреждения эндометрия и миометрия (многочисленные выскабливания полости матки, оперативные вмешательства на матке: кесарево сечение, консервативная миомэктомия и т.д.), аденомиоза матки, трофобластических заболеваний (хорионэпителиома, хориокарцинома и пузырный занос) [1-3].

По данным литературных источников мы не смогли найти частоту данной патологии. Хотя, однако впервые имеются описания АВММ с 1926 года и с этого момента эта патология диагностирована у 150 пациенток. Диагностика АВММ, как правило, затруднена и это может быть случайной операционной находкой или при проведении ультразвукового исследования с доплерографией, позволяющей определить тип сосудистой аномалии. С улучшением качества проводимой ультразвуковой диагностики и совершенствованием современной аппаратуры нередко можно встретить заключения такого типа как: варикозное расширение вен малого таза, углов матки и т.д. [4].

Артериовенозная мальформация матки является достаточно редкой патологией, точность диагностики которой связана с высоким уровнем специалистов по ультразвуковой диагностике и современным медицинским оборудованием. В терапии данной патологии применяются передовые методы лечения. На сегодняшний момент нет четких алгоритмов ведения пациенток с АВММ при беременности, особенно осложненной (неразвивающаяся беременность, угрожающий аборт, трофобластическая болезнь) в плане репродуктивного здоровья пациенток.

Ключевые слова: беременность, матка, клинический опыт

Течение болезни сопровождается часто с аномальными маточными кровотечениями очень трудно поддающиеся консервативному лечению. Ранняя диагностика необходима для дальнейшей тактики ведения пациенток в плане репродуктивного здоровья. Данная патология часто сопровождается с привычным невынашиванием беременности, гибелью эмбриона и другими патологическими состояниями. Однако, одним из достоверных методов исследования при постановке диагноза является магнитно-резонансная томография и ангиография сосудов малого таза.

В лечении АВММ используют такие методы лечения, как эмболизация маточных артерий, агонисты ГнРГ в плане подготовки к проведению ангиографии и радикальные методы лечения (экстирпация матки). Эффективность проводимого лечения во многом зависит от возраста пациентки и ее желания сохранить репродуктивную функцию [5].

В своем наблюдении представляем клинический случай этой патологии у пациентки Г., 41 года, ИБ №1818, поступившей в отделение экстренной гинекологии ГКБ №4. При поступлении пациентка

предъявляла жалобы на задержку менструации на 2,5 месяца, мажущие скудные кровянистые выделения из половых путей, слабость, головокружение. Тест на беременность положительный и ультразвуковое заключение подтверждало наличие неразвивающейся беременности раннего срока и АВММ. По данным ультразвукового исследования в средней трети послеоперационного рубца на матке отмечалось варикозное расширение вен миометрия до 8-10мм, очаг кистозной структуры размером до 25 мм с локальной гиперваскуляризацией и мозаичным окрашиванием. Скорость кровотока в этой зоне составила до 25 см/сек.

Из анамнеза выяснено: менструальная функция без особенностей. Беременностей – 3, первая беременность закончилась самопроизвольным абортom в сроке 6-7 недель с повторным выскабливанием полости матки, вторая беременность год назад закончилась преждевременными оперативными родами по поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты при сроке беременности 28-29 недель, ребенок умер. Перенесенные хирургические операции – аппендэктомия в 29 лет без осложнений. Соматические заболевания: хронический бронхит, хронический пиелонефрит.

В течении года у пациентки наблюдались ациклические маточные кровотечения по поводу чего принимала утеротонические и антианемические препараты. Лечение анемии легкой степени проводилось путем перорального приема препаратов железа. Течение данной беременности на фоне угрожающего аборта с раннего срока беременности. Диагноз верифицирован при поступлении в клинику, проведено полное клинико-лабораторное и общее обследование. После осмотра консилиума врачей определена тактика прерывания беременности путем медикаментозного аборта. Через 26 часов после приема 1 таблетки мифепристона в связи с

обильными кровянистыми выделениями из половых путей было принято решение одномоментного опорожнения матки путем вакуум-аспирации при развернутой операционной для проведения экстренной операции в случае профузного кровотечения. В данной ситуации составлена экстренная бригада в состав которой входили 3 врача акушера-гинеколога, сосудистый и абдоминальный хирург, дополнительно врач реаниматолог для проведения в случае необходимости современных кровосберегающих технологий.

После проведения вакуум-аспирации полости матки отмечалось небольшое кровотечение в количестве 100,0мл, которое было консервативно остановлено утеротоническими и гемостатическими препаратами (тренакса, реместип). Постабортный период без осложнений. Выписана на 7 сутки под наблюдение врача гинеколога с рекомендациями проведения эмболизации маточных артерий.

Из приведенного выше случая можно сделать следующее заключение:

1. АВММ в настоящее время нередко встречаемая патология, точность диагностики которой связана с высоким уровнем специалистов по ультразвуковой диагностике и современным медицинским оборудованием
2. В терапии данной патологии применяются передовые методы лечения (эмболизация маточных артерий, агонисты ГнРГ, радикальные гинекологические операции)
3. На сегодняшний момент нет четких алгоритмов ведения пациенток с АВММ при беременности, особенно осложненной (неразвивающаяся беременность, угрожающий аборт, трофобластическая болезнь) в плане репродуктивного здоровья пациенток
4. Лечение таких пациентов требует привлечения специалистов различных областей медицины (ангиохирургов, гематологов, хирургов и др.)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дан В.Н., Сапелкин С.В. Ангиодисплазии. - М.: Вердана, 2008. - С. 64-75.
- 2 Acien P. Complex malformations of the female genital tract. New types and revision of classification // Hum. Reprod. -2004. - Vol.19. - №10. - P. 2377-2384.
- 3 Elia G., Counsell C., Singer S.J. Uterine artery malformation as a hidden cause of severe uterine bleeding; a case report // J. Reprod. Med. – 2001. – 46. – P. 398-400.
- 4 Valenzano M., Foglia G., Tedeschi C. et al. Color Doppler sonography of uterine arteriovenous malformation // J. Clin. Ultrasound. – 2000. – 3(28). – P. 146-149.
- 5 Lin A.C., Hung Y.C., Huang L.C., Chiu T.H., Ho M. Successful treatment of uterine arteriovenous malformation with percutaneous embolization // Taiwan J. Obstet. Gynecol. – 2007. – 46. – P. 60-63.

Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА¹, С.А. ЛЫСЕНКОВ², А.Л. ТУРСЫМБЕТОВА²,
М.Ю. БАШКИРОВА², К.Ш. САХАЕВА²

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕДЕ ЖАТЫРДЫҢ АРТЕРИОВЕНОЗДЫ МАЛЬФОРМАЦИЯСЫ КЕЗІНДЕГІ ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІГІ БАР НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ

Түйін: Жатырдың артериовенозды мальформациясы сирек кездесетін патология болып табылады. Және ондағы диагностиканың дәлдігі дәрежелі ультрадыбыстық диагностика бойынша жоғары дәрежелі мамандар мен заманауи медициналық құралдарға байланысты. Аталмыш патологияны терапиялық емдеуде озық әдістер қолданылады. Қазіргі кезде ЖАМ бар науқастардың репродуктивті денсаулығын емдеуде, әсіресе асқынған кезде (дамымай қалған жүктілік, қауіпті түсік, трофобластикалық ауру) нақты және дәлелді алгоритм жоқ.

Түйінді сөздер: жүктілік, жатыр, клиникалық тәжірибе

G.ZH. ZHATKANBAYEVA¹, S.A. LYSENKOV², A.L. TURSymbetova², M.Y. BASHKIROVA²,
K.SH. SAKHAEVA²

*¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiarov,
²City Hospital №4, Almaty*

CLINICAL EXPERIENCE OF THE TREATMENT OF UTERINE ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS IN PATIENTS WITH MISSED ABORTION

Resume: Uterine arteriovenous malformation is a rare disease and accuracy diagnostic associated with a high level specialists in ultrasound diagnostics with modern medical equipment. Advanced treatment methods are used in the treatment of this disease. Nowadays, we haven't a clear algorithm with uterine arteriovenous malformation during pregnancy, especially complicated pregnancy (ectopic pregnancy, threatened abortion, trophoblastic disease) for reproductive health of patients.

Keywords: pregnancy, the uterus, clinical experience

Л.И. Нурғалиева, Р.Ж. Сансызбаева, С.А. Лысенков, Г.А. Танышева, И.З. Алиева,
Э.Т. Асильбекова, А.Ж. Джауарова, Л.Б. Касымова, Н.Е. Мамедова, Н.Э. Төребаева

¹ КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, кафедра акушерства и гинекологии

² Городская клиническая больница №4

НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

УДК 618.2

Ц

Цель исследования: выявление факторов риска при неразвивающейся беременности.

Материал и методы исследования:

Для достижения цели изучался возрастной состав пациенток, их социальный статус, акушерско-гинекологический и соматический анамнез, паритет с характеристикой течения беременности и родов в анамнезе, данные клинических проявлений, гистологического исследования соскоба из полости матки и проведен ретроспективный анализ и оценка 56-ти историй болезней с неразвивающейся беременностью за первый квартал 2015 года по данным гинекологического отделения БСНП г. Алматы.

Результат исследования: Средний возраст пациенток составил от 21 до 49 лет, чаще в диапазоне от 22 до 32 лет.

По социальному статусу женщин разделили следующим образом: работающие – 28,57 %, не работающие – 67,86 %, студентки – 3,57 %.

Данная проблема является актуальной за счет высокого роста неразвивающейся беременности среди повторнобеременных (83,93%).

Из репродуктивного анамнеза выявлено высокая частота медицинских аборт (28,57%), самопроизвольных выкидышей (17,86%), а так же неразвивающейся беременности (5,36%).

Следует обратить внимание, что в зависимости от срока гестации чаще всего неразвивающаяся беременность встречалась в сроке беременности 5-6 недель, что составило 55,36 %, затем в сроке до 12 недель (42,86 %), а в 12-16 недель всего 1,78%.

При изучение структуры гинекологических заболеваний женщин с неразвивающейся беременностью выявились следующие патологии: на первом месте эрозия шейки матки (26,8%), на втором месте - хронический сальпингофорит (5,79%) и киста яичников (5,36 %), затем - миома матки (1,79%).

Необходимо отметить, что соматический анамнез у женщин собирается не в полном объеме. В основном выявляются следующие экстрагенитальные патологии, как: обострение хронического пиелонефрита (21,43%),

Актуальность проблемы. Одно из ведущих мест в современном акушерстве среди репродуктивных потерь занимает неразвивающаяся беременность. 45–88,6% от числа самопроизвольных выкидышей на ранних сроках (1) приходится на эту проблему невынашивания беременности.

Причины возникновения неразвивающейся беременности полиэтиологичны и до конца не определены факторы риска, приводящие к данной патологии. К основным причинам неразвивающейся беременности относятся хромосомные и генетические нарушения, инфекционно-воспалительные заболевания половых органов, эндокринные нарушения, иммунологические механизмы и нарушения свертывающей системы крови (2).

Эндокринная патология среди причин неразвивающейся беременности по данным некоторых авторов составляет от 30 % до 78,2 %, которая в независимости от своего происхождения реализуется структурно-функциональной недостаточностью желтого тела яичника. Она наблюдается при гипотиреозе, поликистозе яичников, ожирении, дефиците массы тела, эндометриозе, хроническом эндометрите, сальпингоофорите, пороках развития матки и генитальном инфантилизме (1,2,3).

К генетическим факторам относят хромосомные аномалии эмбриона или плода, образовавшиеся при слиянии двух родительских клеток с наличием точечных мутаций в хромосомном наборе. При исследовании материала выкидышей большинство обнаруженных хромосомных нарушений — количественные (95%). Чем меньше срок беременности на момент гибели плодного яйца, тем выше частота хромосомных aberrаций. При наличии хромосомных aberrаций эмбриогенез невозможен или резко нарушен на ранних стадиях (5,6,7).

Задержка погибшего плодного яйца в матке отрицательно сказывается на последующей репродуктивной функции женщины, угрожает её здоровью и жизни, в том числе и за счет, в различной степени выраженных, гемостазиологических осложнений.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, анэмбриония, перегравидарная подготовка

железодефицитная анемия (5,62%), хроническая артериальная гипертензия (5,36%) и ОРВИ (1,79 %). Обращает внимание наличие в анамнезе данных о единичных случаях перенесенных вирусных заболеваний в детстве, таких как ветряная оспа, краснуха, корь, вирусный паротит, гепатит А.

При оценки клинических данных при поступлении в стационар наиболее часто отмечались жалобы на тянущие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей, а у части пациенток жалобы отсутствовали, и диагноз, неразвивающаяся беременность, был поставлен по результатам ультразвукового исследования. По заключению УЗИ неразвивающаяся беременность по типу гибели эмбриона наблюдалась у 91,7% женщин, а по типу анэмбрионии в 8,93% случаев.

Как наиболее безопасным методом индукции выкидыша при неразвивающейся беременности использовалась медикаментозная индукция простагландинами (80%). Но наряду с этим проводилось инструментальное опорожнение полости матки по желанию женщины.

При анализе результатов гистологического исследования соскоба из полости матки чаще выявлялся децидуит (75%), затем некроз децидуальной ткани (12,5%), по 1,79% пришлось на хориоамнионит, очаговый гиалиноз, а остатки плодного яйца без элементов воспаления встречались только в 8,93%.

Несмотря на высокий процент гибели эмбриона в сроки 5-6 недель по заключению УЗИ, что

свидетельствует о хромосомных абберациях, результат гистологического исследования говорит о противоположном: воспалительный генез неразвивающейся беременности превалирует над литературными данными. В нашем исследовании 89% составляет инфекционно-некротический результат соскоба.

В реабилитационном периоде при опросе данной группы женщин фактически никто из них в первые месяцы не обследовались, не получали реабилитационные мероприятия и не применяли гормональные методы контрацепции для улучшения репродуктивной функции.

Поэтому, прегравидарная подготовка данной группы женщин предусматривает проведение следующих мероприятий:

- Медико-генетическое консультирование для выявления врожденной и наследственной патологии половых клеток.
- Обследование на инфекции, передающиеся половым путем и их лечение.
- При эндокринной патологии, как один из основных факторов неразвивающейся беременности, назначение корректирующей гормональной терапии.
- Обследование на выявление аутоиммунных нарушений и их коррекция.
- Коррекция выявленных нарушений в гемостазиограмме.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кулаковский В.А., Сыртланов И.Р., Фролова А.Л. Особенности течения беременности у женщин, имевших в анамнезе неразвивающиеся беременности и гибель плода в различных сроках гестации // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. - №2. – Вып. 3. – С. 107-112.
- 2 В.М. Сидельникова Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы.- М.: МЕД пресс – информ, 2010. – 224 с.
- 3 Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы: 2008. – 105 с.
- 4 Внутриматочная инфекция, как причина неразвивающейся беременности / А.В. Шаклеин и др. // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя», Москва, 21—25 октября 2002 г. — М.: 2002. — Ч. 1. — С. 659-664.
- 5 Подзолкова Н.М. и др. Комплексное морфологическое изучение роли инфекционных процессов в этиологии неразвивающейся беременности / Н.М. Подзолкова // Мать и дитя: материалы VI Росс. форума. — М.: 2003. — С.171-178.
- 6 Пестрикова Т.Ю. Перинатальные потери резервы снижения. - М.: Литера, 2008. - 199 с.
- 7 А.Д. Макацария, В.О. Бицадзе Профилактика повторных осложнений беременности в условиях тромбофилии. - М.: Триада — X, 2008. - 152 с.

Л.И. НУРГАЛИЕВА, Р.Ж. САНСЫЗБАЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Г.А. ТАНЫШЕВА, И.З. АЛИЕВА,
Э.Т. АСИЛЬБЕКОВА, А.Ж. ДЖАУАРОВА, Л.Б. КАСЫМОВА, Н.Е. МАМЕДОВА, Н.Э. ТӨРЕБАЕВА
ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІК

Түйін: Қазіргі таңда дамымаған жүктілік акушер-гинекологтың тәжірибесінде өзекті әлеуметті мәселе болып табылады. Аталмыш мәселенің өзектілігі дамымаған жүктіліктің себептерін, пайда болу жағдайларын төмендету және оның алдын алу шараларын жүргізуге мәжбүр етеді.

Түйінді сөздер: дамымаған жүктілік, анэмбриония, жүктілікке дайындық

L.I. NURGALIEVA, R.G. SANSYSBAEVA, G.A. TANY SHEVA, I.Z. ALIEVA, E.T. ASILBEKOVA, A.J. DJAUAROVA,
L.B. KASYMOVA, N.E. MAMEDOVA, N.A. TOREBAYEVA
NON-DEVELOPING PREGNANSY

Resume: Problem of placenta continues to be relevant and socially significant in practice, an obstetrician-gynecologist. The relevance of the problem dictates the need to study the causes of and develop activities to reduce and prevent development of the placenta.

Keywords: non- developing pregnancy, anembrionia, preparing pregnancy

Л.И. Нургалиева, Г.Ж. Жатканбаева, С.А. Лысенков, Г.А. Танышева, А.А. Карибаева,
З.Т. Кевирова, Н.Б. Конкыш, М.В. Лактионова, А.Б. Муханова, Ж.Д. Омиркул

¹ КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, кафедра акушерства и гинекологии

² ГКБ №4

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ

УДК 618.2

Ц

ель исследования: оценка эффективности хирургического лечения при внутриматочных синехиях.

Материал и методы исследования:

Для достижения цели изучался возрастной ценз пациенток, данные клинических проявлений, акушерско-гинекологический анамнез, паритет с характеристикой течения беременности и родов в анамнезе, путем проведения ретроспективного анализа 74 историй болезней из 107 с данной патологией за 2015 года по данным «Института Репродуктивной Медицины» г. Алматы.

Для оценки тяжести поражения полости матки использована классификация, принятая Европейской ассоциацией гинекологов-эндоскопистов (ESH) в 1995г., с выделением 5 степеней внутриматочных синехий (таблица 1) на основании данных гистерографии и гистероскопии в зависимости от состояния и протяженности синехий, окклюзии устьев маточных труб и степени повреждения эндометрия.

Синдром Ашермана или внутриматочные синехии — это патологическое состояние, характеризующееся образованием спаек и выростов эндометрия с его склерозом и фиброзом. Данная патология имеет место у 25% родивших женщин после выскабливания полости матки, а при неразвивающейся беременности риск возникновения заболевания повышается до 30% случаев. При обычном выкидыше с задержкой частей плодных оболочек и последующего выскабливания риск заболевания достигает 7%. Чем больше период задержки плодных оболочек после родов или выкидыша, тем выше вероятность возникновения заболевания. Особенно имеет значение число внутриматочных процедур: после однократного выскабливания риск возникновения внутриматочных синехии составляет 16%, а три и более процедуры увеличивают вероятность возникновения синдрома Ашермана до 32%. Внутриматочные синехии могут возникнуть после оперативных вмешательств на матке: миомэктомии, метрорпластики или диагностического выскабливания слизистой оболочки матки, конизации шейки матки, а также после эндометрита. Данную патологию может также спровоцировать внутриматочный контрацептив. А у женщин, которые не подвергались в прошлом внутриматочным манипуляциям, причиной синехий становится хронический эндометрит. У 1/3 женщин с внутриматочными синехиями происходят самопроизвольные выкидыши, у 1/3 - преждевременные роды и у 1/3 имеется патология плаценты (плотное приращение, предлежание). Таким образом, беременность у пациенток с внутриматочными синехиями должна рассматриваться как высокий риск, с большой возможностью осложнений беременности, родов и послеродового периода.

Ключевые слова: внутриматочные синехии, аменорея, бесплодие

Таблица 1 - Характеристика гистероскопической картины в зависимости от степени тяжести

Степени	Характеристика гистероскопической картины
I степень	Тонкие или нежные синехии, состоящие из базального эндометрия, - легко разрушаются корпусом гистероскопа, области устьев маточных труб свободны.
II степень	Одиночная плотная синехия, фиброзно-мышечная, покрытая эндометрием - соединяющая отдельные, изолированные области полости матки, обычно просматриваются устья обеих маточных труб, не могут быть разрушены только корпусом гистероскопа.
IIa степень	Синехии только в области внутреннего зева, верхние отделы полости матки нормальные.
III степень.	Множественные плотные синехии, соединительнотканые, соединяющие отдельные изолированные области полости матки, односторонняя облитерация области устьев маточных труб.
IV степень	Обширные плотные синехии с (частичной) окклюзией полости матки - устья обеих маточных труб частично закрыты.
Va степень	Обширное рубцевание и фиброзирование эндометрия в сочетании с I или II степенью - с аменореей или явной гипоменореей.
Vb степень	Обширное рубцевание и фиброзирование эндометрия в сочетании с III или IV степенью - с аменореей.

Результаты исследования: Возраст пациенток варьировал от 25 до 44 –х лет, в среднем составив 34,6 лет. При изучении жалоб во время обращения в стационар основная причина. с которой обращались в ИМР в 88,8% было бесплодие: из них у 9,7% – первичное бесплодие и у 79,16% - вторичное, при этом длительность вторичного бесплодия составляла от 1 года до 23 лет. У 11 пациенток (15,27%) были неудачные попытки ЭКО в анамнезе. 22 пациентки (35,5%) имели нарушения менструального цикла, из них у 2 была аменорея (2,7%). У 13,8% пациенток наблюдался нерегулярный менструальный цикл. На боли внизу живота жаловались 7 пациенток (9,7%).

Из анамнеза: 39 (54,1%) пациенток сделали однократно аборт, у 24 (33,3%) более одного аборта, при этом у одной из них была перфорация матки во время выскабливания (1,3%). 10(13,8%) пациенток произвели диагностическое выскабливание. Только в 2-х случаях (2,7%) синехии возникли после полипэктомии, а в остальных случаях полип полости матки и синехии были обнаружены одновременно. В 11 случаях (15,7%) было кесарево сечение. 13 пациенток (18,05%) прошли гистероскопию с полипэктомией, из них у

2-х женщин (2,7%) в анамнезе была гистерорезектоскопия с миомэктомией по поводу субмукозно расположенных узлов. По 2,7% (по 2 случая) одновременно лапароскопия с миомэктомией и лапаротомия, миомэктомия были проведены пациенткам со смешанной формой миомы матки. Все манипуляции были сделаны до выявления синехий полости матки, кроме полипэктомии. У 6 женщин (8,3%) имелись в анамнезе инфекции, передающиеся половым путем.

Золотым стандартом диагностики внутриматочных синехий является эндоскопическое исследование полости матки или гистероскопия. Это лучший способ оценить степень распространённости процесса и определить характер спаек и возможность их удаления. Результаты исследования в нашей проведенной исследовательской работе сочетали с клиникой, предыдущими попытками лечения и акушерским анамнезом. В процессе проведения диагностики на основании данных гистерографии и гистероскопии и хирургического лечения внутриматочных синехии результаты выглядели следующим образом (таблица 2).

Таблица 2 - Виды и исход хирургического лечения

Степень	I	II	IIa	III	IV	Va	Vb
Гистероскопия 1	7(9,7%)	22(30,5%)	5(6,9%)	1(1,4%)	1(1,4%)	11(15,3%)	
Гистероскопия 2		3(4,2%)	1(1,4%)	1(1,4%)		3(4,2%)	
Гистероскопия 3						1(1,4%)	
Гистерорезектоскопия				4(5,5%)	5(6,9%)		5(6,9%)
Гистероскопия1, Гистерорезектоскопия				2(2,7%)			
Итого	7(9,7%)	25(34,7%)	6(8,3%)	8(11,1%)	6(8,3%)	15(20,8%)	5(6,9%)

Самостоятельная беременность	2(2,7%)	9(12,5%)		3(4,2%)		5(6,9%)	1(1,4%)
По программе ЭКО		8(11,1%)		2(2,7%)		1(1,4%)	
Самостоятельные роды		11(15,3%)		3(4,2%)		4(5,5%)	
Кесарево сечение	1(1,4%)	1(1,4%)		1(1,4%)			
Выкидыш				1(1,4%)		1(1,4%)	1(1,4%)
Незривающаяся бер-ть	1(1,4%)	6(8,3%)				1(1,4%)	
Цикл восстановился						9(12,5%)	
Менструации на фоне гормональных препаратов							3(4,2%)

Так I степень встретилась в 7 случаях (9,7%), после проведенной лечебной процедуры у 2-х пациенток (2,7%) наступила спонтанная беременность. Из них одна беременность закончилась родами, вторая осложнилась несостоявшимся выкидышем. II степень наблюдалась наиболее чаще, и частота составила 34,7% (25 случаев). Из них трем (4,2%) понадобилось провести дважды гистероскопию. В данной категории пациенток в 9 случаях (12,5%) беременность наступила спонтанно, в 8 (11,1%) по программе ЭКО. Самостоятельными родами закончились в 11 случаях (15,3%), а в одном случае (1,4%) путем кесарево сечение. К сожалению, в 6 случаях (8,3%) наблюдалась незривающаяся беременность. IIa степень встречалась у 6 пациенток (8,3%), по поводу чего было произведено бужирование цервикального канала (8,3%). У данной категории пациенток беременность не наступила. III степень наблюдалась у 8 пациенток (11,1%), где четверым (5,5%) произведена гистерорезектоскопия, двум сначала гистероскопия, а позже гистерорезектоскопия (2,7%) и в двух случаях гистероскопия, в одном из которых была произведена дважды. В данной категории пациенток самостоятельная беременность наступила в трех (4,2%) случаях и в двух по программе ЭКО (2,7%). Наступившая беременность у 3 пациенток (4,2%) закончилась самопроизвольными родами, у одной (1,4%) - операцией кесарево сечение, а также у одной (1,4%) самопроизвольным выкидышем. IV степень патологии диагностирована у 6 пациенток (8,3%). У одной пациентке произведена гистероскопия (1,4%), а пятерым гистерорезектоскопия (6,9%). Ни в одном случае не наступила беременность. Va степень встречалась у 15 (20,8%) пациенток, из них 11 (15,3%) прошли однократно гистероскопию, 3(4,2%) прошли ее дважды, а одной (1,4%) произвели трижды. В результате проведенных лечебно-диагностических манипуляции в 5 пациенток (6,9%) наступила спонтанная беременность, у одной (1,4%) по программе ЭКО. Беременность у 4(5,5%) закончилась самопроизвольными родами, у одной (1,4%)

операцией кесарево сечение и у одной (1,4%) наблюдалась незривающаяся беременность. Положительный результат наблюдался у 9 пациенток из 15, у которых после лечения восстановился менструальный цикл. Vb степень поражения встречалась у 5(6,9%) пациенток, всем произведена гистерорезектоскопия. Только у одной 1(1,4%) пациентки наступила спонтанная беременность, К сожалению, данная беременность закончилась выкидышем в раннем сроке. У трех пациенток (4,2%) восстановился менструальный цикл назначением гормональных препаратов. Таким образом, однократно оперативная гистероскопия была проведена у 46 пациенток (63,8%), из них пятерым (6,9%) произведено только бужирование цервикального канала. 8 пациенткам (11,1%) гистероскопия сделана дважды, из них одной пациентке (1,4%) дважды производили бужирование цервикального канала. Только одной пациентке трижды произведена гистероскопия. Трансцервикальное рассечение внутриматочных синехий под контролем гистероскопа как высокоэффективный хирургический метод лечения (гистероскопия и гистерорезектоскопия) проведено 14 пациенткам (21,6%). Самостоятельная беременность наступила у 20 (27,7%) женщин, по программе ЭКО у 11 (15,3%). Самостоятельные родами закончились 18 (25%) беременностей, 3(4,2%) - операцией кесарево сечение, выкидыши наблюдались у 3 (4,2%) женщин, а в 7 (9,7%) случаях осложнилась несостоявшимся выкидышем. Проведенный анализ позволил оценить результаты и эффективность хирургического лечения. Средние показатели эффективности лечения коррелируют с частотой наступления беременности. Так легкая и средняя степень тяжести заболевания хорошо поддались лечению и в результате беременность наступила у 23% пациенток. Лечение тяжелой степени синдрома Ашермана дала возможность забеременеть только 9,7% женщин. Необходимо отметить, что в настоящее время единственным методом лечения внутриматочных синехий является их рассечение под прямым визуальным контролем гистероскопом без травмирования оставшегося эндометрия, что

произведено 14 пациенткам (21,6%). При этом восстановился нормальный менструальный цикл у 16,7 % женщин, а фертильность у 23%.

Таким образом, обследование больных с подозрением на внутриматочные синехии следует начинать с диагностической гистероскопии и в случае сомнений проводить гистеросальпингографию. Альтернативой выскабливанию при абортах или выкидышах является применение лекарственных препаратов для стимуляции родовой деятельности (терапевтический аборт). Необходимо помнить о возможности возникновения внутриматочных синехий у пациенток с осложненным течением раннего послеродового и послеабортного периодов. Поэтому у данной категории больных с подозрением на задержку остатков плодного яйца или плаценты целесообразно проводить не просто выскабливание слизистой оболочки матки, а

гистероскопию для уточнения места расположения патологического очага и его прицельного удаления без травмы нормального эндометрия. При возникновении нарушений менструального цикла у таких женщин, как можно раньше необходимо проводить гистероскопию для ранней диагностики и разрушения синехий. Очень важно не забывать о том, беременные после рассечения распространенных внутриматочных синехий представляют группу высокого риска. Помимо частого невынашивания беременности у данной категории, наблюдаются послеродовые кровотечения.

В послеоперационном периоде после хирургического лечения внутриматочных синехий медикаментозное лечение обязательно дополняют гормональной терапией. Циклическое назначение эстрогенов и прогестинов проводят для стимуляции роста эндометрия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сидельникова В.М. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. - М.: МЕДпресс – информ, 2010. – 224 с.
- 2 Босатова А.Д. Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы: 2008. – 105 с.
- 3 Савельева Г.М. Гинекология. – М.: 2004. – 408 с.
- 4 Э.Новак. Гинекология. – М.: 2002. – 406 с.

**Л.И. НУРГАЛИЕВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Г.А. ТАНЫШЕВА, А.А. КАРИБАЕВА,
З.Т. КЕВИРОВА, Н.Б. КОНКЫШ, М.В. ЛАКТИОНОВА, А.Б. МУХАНОВА, Ж.Д. ОМИРКУЛ
ҚАЗІРГІ ЗАМАНДАҒЫ ЖАТЫР ІШІЛІК ЖАБЫСПАҚТАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ МӘСЕЛЕСЕРІ**

Түйін: Үш және одан жоғары жатыр ішілік манипуляциялар Ашерман синдромына алып келеді. Оның пайызы 32-ге дейін өсу мүмкін және 1/3 өзіндік түсік, 1/3 – ерте босану, 1/3 плацентаның бекіну ақаулары байқалады. Тек оперативтік гистероскопия ең нәтижелі емдік тәсіл болып табылады.

Түйінді сөздер: жатыр ішілік жабыспақтар, аменорея, белеулік.

**L.I. NUGALUEVA, G.ZH. ZHATKANBAEVA, G.A. TANYSHEVA, A.A. KARIBAЕVA,
Z.T. KEVIROVA, N.B. KONKYSH, M.B. LAKTIONOVA, A.B. MYHANOVA, ZH.D. OMIRKUL
CURRENT PROBLEMS IN THE PREVENTION OF INTRAUTERINE ADHESIONS**

Resume: In 1/3 of women with intrauterine adhesions occur miscarriage, 1/3 - premature birth and placental pathology has 1/3 (tight attachment, presentation). Thus, pregnancy in women with intrauterine adhesions should be considered as high risk, with a high possibility of complications of pregnancy, childbirth and the postpartum period.

Keywords: intrauterine adhesions, amenorrhea, infertility.

А.И. Коркан, М.В. Лактионова, С.А. Лысенков, Д.Б. Жаксылыкова

Городская клиническая больница №4

ОСЛОЖНЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО НЕРАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ ПРОТЕЗА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ

УДК 618.15-089.84

В

ведение.

Результаты крупных исследований доказывают актуальность и эффективность замещения тазовой фасции сетчатыми протезами в лечении пролапса гениталий [1]. Успех лечения зависит от анатомии пролапса и хирургического подхода [8]. Кроме того, рецидивы после операций с использованием сетки возникают значительно реже, чем при коррекции собственными тканями. После операций с использованием сеток, как сообщалось в среднем осложнения отмечались у 11,4% пациентов, и 6,8% пациентов, нуждались в частичном иссечении сетки [8]. На сегодняшний день использование синтетических нерассасывающихся протезов в лечении пролапса тазовых органов безусловно является наиболее эффективным методом лечения, но и сопряжено с определенными осложнениями, такими как эрозирование протеза. Значимыми факторами риска для эрозии сетки в реконструктивной хирургии малого таза у женщин являются: более молодой возраст пациенток, период пременопаузы / ERT, сахарный диабет, курение, гистерэктомия, специалист, не имеющий достаточного опыта [5].

Нами разработана концепция хирургической тактики при пролапсе тазовых органов, содержащая три составляющие:

1. Первая основывается на понимании анатомического строения и функционального состояния тазовых структур, исходя из трехуровневой теории строения тазового дна. Хирургическая тактика должна учитывать обязательную коррекцию подвешивающего, фиксирующего и поддерживающего аппарата тазового дна на всех трех уровнях.
2. Вторая заключается в использовании разного рода сетчатых протезов, т.к. традиционные хирургические методы лечения пролапса с использованием собственной ткани путем укорочения и подшивания дает до 40% рецидива.
3. Третья составляющая предусматривает одномоментную коррекцию функциональных нарушений мочевого пузыря, уретры и прямой кишки с применением дополнительных

В данной статье проанализированы 123 случая с применением синтетических протезов в хирургии генитального пролапса. Протезы устанавливались лапароскопическим, вагинальным доступами и их сочетанием, учитывая функциональные нарушения тазовых органов – комбинированный метод. Общий процент осложнений, связанных с эрозией протезов составил 9,7%. В группе с комбинированным протезированием показатель эрозирования составил 10,8%, против 2,6% при лапароскопическом и 14,5% при влагалитном.

Таким образом, процент осложнений, связанных с использованием проленовой сетки «Этикон, Джонсон и Джонсон» в реконструктивной хирургии малого таза при генитальном пролапсе, не является существенным, и их риск не должен ограничивать ее применение. Появление эрозии и воспалительная реакция тканей являются прогнозируемым явлением и купируются стандартной терапией.

Ключевые слова: пролапс тазовых органов, синтетический протез, протезирование эрозии

оперативных приемов (TVT classic, TVT – O, удаление дивертикулообразного выпячивания прямой кишки) [2].

Согласно данной концепции мы разработали комбинированный подход с установлением сетчатого протеза лапароскопическим и влагалитным доступом. В связи с использованием большого объема синтетического материала относительно установления протеза отдельно либо влагалитным, либо лапароскопическим доступом, возникла необходимость проанализировать риск возможных осложнений.

Мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Определить возможные осложнения при использовании синтетических протезов.
2. Оценить факторы, способствующие осложнению применения сеток, связанных с эрозированием.
3. Определить влияние применения большего объема синтетического материала при комбинированном подходе на частоту эрозирования.
4. Определить тактику ведения пациенток с осложнениями применения сетчатых протезов.
5. Оценить безопасность применения синтетических протезов.

Материалы и методы исследования.

Проведен проспективный анализ 157 случаев хирургического лечения генитального пролапса с июня 2013г. – июнь 2016г., из них в 123 был применен синтетический протез.

Объем исследования включал клинические, лабораторные методы, метод анкетирования (дневник мочеиспускания, вопросник-анкеты), ультразвуковой и статистический методы.

Для оценки степени опущения тазовых органов применялась хирургическая классификация пролапсов тазовых органов POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).

Объем оперативного вмешательства оценивался согласно алгоритмом хирургической тактики, разработанным д.м.н. профессором Коркан А.И. [2].

С целью дифференциальной диагностики стрессовой, ургентной и смешанной видов инконтиненции был применен специализированный опросник P. Abrams, A.J. Wein (1998). Все полученные данные анализированы с помощью программы Microsoft Excel 2010.

В качестве протеза во всех операциях была использована проленовая сетка «Этикон, Джонсон»

и Джонсон», которая относится к типу I по классификации синтетических сеток, предложенной в 1997 году Amid P.K (Amid P.K., 1997). Состоит из монофиламентных волокон, что препятствует размножению бактерий, а макропористая структура способствует прорастанию тканей.

Все пациентки проходили осмотр в течении 3-х месяцев, 6 месяцев, года, 1,5 года, 2-х лет.

Возраст пациенток варьировал от 25 лет до 83, в среднем составив 55 лет. Основными жалобами были: дискомфорт и ощущение инородного тела во влагалище 71 пациентка (45,22%), те же в сочетании со стрессовым недержанием мочи 53 – 33,8% случая; в сочетании с затрудненным мочеиспусканием – 18 (11,55%); в сочетании с недержанием кала и газов всего у 2 пациенток 1,3%; и только на стрессовое недержание мочи жаловались 13 женщин (8,3%). Из них 17 (10,8%) пациенток были оперированы по поводу рецидива.

С учетом анатомии пролапса, сопутствующих функциональных нарушений выделены 5 направлений хирургической тактики (диаграмма 1): 1 -комбинированный метод установления сетчатого протеза лапароскопическим и лапароскопическим в сочетании с вагинальным доступом, учитывая профилактику и лечение функциональных нарушений органов малого таза применялся в 37 (23,56%) случаях. 2 - лапароскопическим доступом без учета профилактики функциональных нарушений органов малого таза в 38 (24,2%). 3 - вагинальным доступом – 48 (30,57%). 4 - операции без применения сетчатого протеза 21 (13,4%). 5 - 13 случаев -8,2% пациентки были оперированы только по поводу стрессового недержания мочи.

Установка сетчатого протеза



Таблица 1 - Хирургические методы в структуре комбинированного подхода

Метод	Показания
Лапароскопическая промонтофиксация	Апикальный пролапс, опущение сводов влагалища. При наличии дефекта задней стенки влагалища, от места прикрепления крестцово – маточных связок к основному протезу пришивались две ленточки размерами 1,5см × 5,0см, идущие к мышцам, поднимающим задний проход.
Лапароскопическая вентерофиксация	Выполнена при невозможном доступе к промонториуму у 1 пациентки
Лапаротомная вентерофиксация	При абсолютных противопоказаниях к лапароскопии была сделана 2 пациенткам
Тотальная влагалищная репозиция пубо – цервикальной фасции (ТВРПЦФ, передний пролифт)	При выраженном или изолированном цистоцеле со стрессовой инконтиненцией или без нее. В комбинированной терапии с промонтофиксацией или вентерофиксацией при аппикальном пролапсе в сочетании с цистоцеле III, IV степени. Как самостоятельный метод, когда большой объем был противопоказан для тотального пролапса.
Тотальная влагалищная репозиция тазовой фасции (задний пролифт)	При ректоцеле, с наличием противопоказаний к лапароскопии.
Процедуры Берча и TVT – O	Стрессовое недержание мочи в том числе с небольшой степенью цистоцеле.
TVT – classic	При рецидиве стрессового недержания мочи после TVT- o или ТРПЦФ.
Лапароскопическая ампутация и экстирпация матки	При симптомной миомой матки размером более 5 недель беременности, аденомиозом, кистами и кистозными яичниками в менопаузе. Вопрос о придатках решался с учетом возраста (более 45 лет), показаний онколога и диагностики состояния придатков интраоперационно.
Кольпопластика	Проводилась в косметических, сочеталась с другими методами при невыраженном опущении, сопровождала лапароскопическую ампутацию и экстирпацию в целях снижения риска дальнейшего опущения тазовых органов, а также при относительных противопоказаниях к установке сетчатого протеза [5].

Из 123 операций с установлением сетчатых протезов эрозия возникла в 12 случаях (9,7%). В группе комбинированного лечения в 10,8 %(4) у вагинально установленных сеток возникла эрозия, во второй группе в 14,5%(7). В третьей группе у 1 пациентки (2,6%) – эрозия с нагноением протеза образовалась после промонтофиксации, что потребовало иссечения части протеза и

комплексной антибактериальной и противовоспалительной терапии. Из осложнений: тазовые боли в первой группе составили 6,9%(3), во второй группе не наблюдались и в третьей 2,7%(1). На диспареунию в первой группе жаловались 2,7%(1), во второй группе жалоб не было, и в третьей 5,4%(2).

Таблица 2 - Осложнения и сопутствующие патологии

Метод	Эрозия	Нагноение	Тазовые боли	Диспареуния	Ожирение или избыточная масса тела	Менопауза более 10 лет	Явления кольпита после операции
Комбинированный	10,8%(4)	0	6,9%(3)	2,7%(1)	3(75%)	3(75%)	3(75%)
Лапароскопический	1(2,6%)	1(2,6%)			0	100%	-
Вагинальный	14,5%(7)	0	2,7%(1)	5,4%(2).	5 (71,4%)	100%	4(57,1%)

Терапия больших эрозий, более 1,0см представляет собой иссечение части прорезавшегося протеза (в 4 случаях – 3,2%). Воспалительный процесс вели местно

консервативно, используя вагинальные свечи с противовоспалительным, антимикробным, противопротозойным и фунгицидным компонентами курсом до 10 дней, имеющие в

составе аминокликозиды, полимиксины, производные имидазола, противогрибковые полиеновой группы, либо аналоги хлоргексидина. Факторы, встречающиеся у большинства пациенток это избыточная масса тела и менопауза более 10 лет. Также было отмечено, что при осмотре через две недели после операции имелись явления кольпита, такие как выделения с неприятным запахом и зуд. Мазки до операции у 100% пациенток показывали 2 степень чистоты, предоперационно ни одна из пациенток не подвергалась санации влагалища. Явления кольпита устранялись вагинальными свечами с теми же компонентами.

Выводы и практические рекомендации.

Осложнениями, возникшими в ходе применения синтетических протезов, явились: эрозия протеза 12 случаев (9,7%), частичное иссечение протеза потребовалось в 4 случаях (3,2%), тазовые боли в 4 случаях (3,2%), диспареуния - 3 случая (2,4%).

Факторы, встречающиеся у большинства пациенток это избыточная масса тела и менопауза более 10 лет. При осмотре через две недели после операции в 58,3% случаях (7) имелись явления кольпита, такие как выделения с неприятным запахом. С целью устранения данного фактора целесообразно назначения местного профилактического лечения в виде вагинальных свечей в послеоперационном периоде.

В группе комбинированного лечения в 10,8 % (4) у вагинально установленных сеток возникла эрозия.

При влагалищном установлении протеза эрозия образовалась в 14,5% (7) и при лапароскопическом доступе только у 1 пациентки (2,6%) – эрозия с нагноением протеза. Таким образом - объем, используемой сетки, не повысил риск образования эрозии, что позволяет использовать комбинированный метод лечения при наличии соответствующих показаний.

Эрозии более 1 см, с наличием клинической симптоматики, в виде выделений с неприятным запахом, зудом во влагалище, подлежат иссечению прорезавшейся части и местной терапии, с использованием вагинальных свечей с противовоспалительным, антимикробным, противопаразитарным и фунгицидным компонентами, курсом до 10 дней, имеющие в составе аминокликозиды, полимиксины, производные имидазола, противогрибковые полиеновой группы, либо аналоги хлоргексидина. Эрозии менее 1 см, не имеющие клинические проявления, подлежат динамическому наблюдению каждые 6 месяцев.

Процент осложнений, связанный с использованием проленовой сетки «Этикон, Джонсон и Джонсон» в реконструктивной хирургии малого таза при генитальном пролапсе, не является существенным, и их риск не должен ограничивать ее применение. Появление эрозии и воспалительная реакция тканей являются прогнозируемым явлением и купируются стандартной терапией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Carey M, Higgs P, Goh J, et al. Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial. BJOG. 2009 Sep;116(10):1380-6. Epub 2009 Jul 7
- Коркан А.И. //Пролапс тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика //Монография//Алматы, 2009 г. – 168с.
- Matsuoka PK, Racetta AM, Baracat EC, Haddad JM/ Should prophylactic anti-incontinence procedures be performed at the time of prolapse repair? Systematic review/ Int Urogynecol J. 2015 Feb;26(2):187-93. doi: 10.1007/s00192-014-2537-0. Epub 2014 Oct 28
- Ward RM, Velez Edwards DR, Edwards T, Giri A, Jerome RN, Wu JM/ Genetic epidemiology of pelvic organ prolapse: a systematic review / Am J Obstet Gynecol. 2014 Oct;211(4):326-35. doi: 10.1016/j.ajog.2014.04.006. Epub 2014 Apr 12.
- Deng T., Liao B., Luo D., Shen H., Wang K. Risk factors for mesh erosion after female pelvic floor reconstructive surgery: a systematic review and meta-analysis 2016 Feb;117(2):323-43. doi: 10.1111/bju.13158. Epub 2015 Jun 11
- Christopher M, Kaven B, Cathryn, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2009BJOG. 2009 Sep; 116(10):1380-6. Epub 2009 Jul.
- Amid P.K/ Classification of biomaterials and their related complications in abdominal wall hernia surgery Hernia (1977) 1:15-21.
- Mettu JR1, Colaco M, Badlani GH. Evidence-based outcomes for mesh-based surgery for pelvic organ prolapse. PMID:24837875[PubMed - indexed for MEDLINE].

А.И. КОРКАН, М.В. ЛАКТИОНОВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Д.Б. ЖАКСЫЛЫКОВА
ЖАМБАС ОРГАНДАРЫНЫҢ АҚТАРЫЛУЫ БОЙЫНША СИНТЕТИКАЛЫҚ СОРЫЛМАЙТЫН
ПРОТЕЗ ҚОЛДАНУДА КЕЗДЕСЕТІН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ БАРЫСЫНДАҒЫ АСҚЫНУЛАР

Түйін: Аталған мақалада жыныстық пролапстың хирургиялық емінде синтетикалық протездерді қолданған 123 жағдай талданған. Протездер лапароскопиялық және қынаптық жолмен жамбас астауы ағзаларының қызметтік бұзылыстарын ескере кешенді әдіспен орнатылды. Протездердің эрозиясымен байланысты асқынулар-9,7% құрады. Кешенді түрде протез қолданылған топтағы эрозия-10,8% , ал лапароскопиялық әдіспен-2,6 % , қынаптық жету жолымен-14,5% көрсеткішті құрады. Қорыта келгенде, "Этикон, Джонсон және Джонсон" пролен торлары арқылы жасалған жамбас астауының қайта қалпына келтіру хирургиясындағы асқынулар мардымсыз, осы торлардың қолданылуын шектеудің қажеті жоқ деген шешім қабылданды. Эрозия мен тіңдердің қабынуы болжамалы жағдай ретінде қабылданып, стандартты еммен де тоқтатылады.

Түйінді сөздер: жамбас астауының пролапсы, синтетикалық протез, протездің эрозиясы.

A.I. KORKAN, M.V. LAKTIONOVA, S.A. LYSENKOV, D.B. ZHAKSYLYKOVA
COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH THE USE SYNTHETIC NONABSORBABLE
PROSTHESIS THE SURGICAL TREATMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE

Resume: This article was analyzed 123 cases with the use of synthetic prosthesis in surgery of genital prolapse. Prostheses was established through the laparoscopic, vaginal accesses, and combination, taking into account the functional disorders of the pelvic organs - the combined method. The total rate of complications associated with prosthetic erosion was 9.7%. In the group, where the prosthesis was installed using a combined approach, rate of erosion was 10.8%, versus 2.6% for laparoscopic and 14.5% for vaginal approaches. Thus, the rate of complications associated with the use of prolene mesh "Ethicon, Johnson & Johnson" in reconstructive surgery of the pelvic genital prolapse is not essential, and the risk mustn't limit its application. The emergence of erosion and inflammatory tissue reaction is predictable phenomenon and was cropped with standard therapy.

Keywords: pelvic organ prolapse, a synthetic prosthesis, prosthesis erosion.

А.И. Коркан, М.В. Лактионова, С.А. Лысенков, Л.М. Емельбаева

Городская клиническая больница №4,
отделение гинекологии

СРАВНЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

УДК 618.183

Введение. Стрессовое недержание мочи – непроизвольное подтекание мочи во время кашля, смеха, бега и других физических действиях, приводящих к повышению внутрибрюшного и, следовательно, внутрипузырного давления, характерной особенностью стрессового недержания мочи является отсутствие позыва на мочеиспускание [1]. Лечение СНМ у женщин: консервативное и оперативное (лапароскопический, вагинальный, лапаротомный, объемобразующие гели). Из известных на настоящий момент методик коррекции НМ при напряжении наиболее эффективными оказались slingовые операции, результаты мультицентрового рандомизированного исследования на базе 14 клиник в Нидерландах показал более высокую эффективность slingовых операций в сравнении с традиционными методами лечения без применения сетчатых у женщин со стрессовым недержанием мочи [4].

Систематический обзор и мета-анализ 7 рандомизированных исследований комбинированного хирургического лечения пролапса тазовых органов с применением операций для лечения или профилактики стрессового недержания мочи по оценке результатов данных Pubmed, EMBASE, DARE, Cochrane Library и реестр Текущих контролируемых испытаний с 1995 по 2013г, показал частоту рецидива стрессовой инконтинции после установки Урослинг 5%, против 23% без установки Урослинг. Второе исследование не нашло разницу в рецидивах у женщин, перенесших только сакрокольпопексию и у женщин перенесших сакрокольпопексию в сочетании с кольпосуспензией по Берч [2].

Нами разработана концепция хирургической тактики при пролапсе тазовых органов, которая предусматривает хирургическое лечение пролапса с одномоментной коррекцией функциональных нарушений мочевого пузыря и уретры с применением дополнительных оперативных приемов (TVT classic, TVT – O, процедуры Берч) [1]. Для лечения стрессового недержания мочи мы

В данной статье представлен анализ лечения недержания мочи при вагинальном и лапароскопическом доступом. Рецидив после вагинального подхода было 14,3%, в сочетании с промонтофиксацией сопутствующей пролапса - 4,76%. Лапароскопическая процедура Vighi дала 20% рецидивов, 13,3% в тех случаях, объединяли с промонтофиксацией. Вагинальный подход был более эффективным, в том числе структуры комбинированного подхода при лечении стрессового недержания мочи с пролапса тазовых органов.

Ключевые слова: пролапса тазовых органов, стрессового недержания мочи, повторяющимся

используем лапароскопический и вагинальный доступ: TVT-O, TVT- classic, операция Берч. Для оценки эффективности данных процедур мы поставили перед собой задачу: определить эффективность влагалищного и лапароскопического лечения стрессового недержания мочи, в том числе в структуре комбинированного подхода при наличии пролапса гениталий.

Материалы и методы исследования.

Проведен проспективный анализ 36 случаев. прооперированных нами пациенток с июня 2013г. – декабрь 2015г. по поводу стрессового недержания мочи с использованием вышеуказанных методов лечения.

Объем исследования включал клинические, лабораторные методы, метод анкетирования (дневник мочеиспускания, вопросник-анкеты), ультразвуковой и статистический метод.

Для подтверждения факта недержания мочи и связи его с физической нагрузкой проводились следующие функциональные пробы: «кашлевой тест», «проба Вальсавы», «стоп-тест», проба с пальцевой элевацией. Для оценки степени опущения тазовых органов применялась хирургическая классификация пролапсов тазовых органов POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification).

С целью дифференциальной диагностики стрессовой, ургентной и смешанной видов инконтиненции был применен специализированный опросник P. Abrams, A.J. Wein (1998). Все полученные данные

анализированы с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты исследования.

6 пациенток были оперированы по поводу рецидива (Таблица 1).

Таблица 1 - Операции по поводу рецидива

Предшествующая операция	Кол-во случаев	Характер рецидива	Метод коррекции
Лапароскопия. Венетрофиксация. Тотальная репозиция пубоцервикса.	1	Цистоцеле 2 ст. Стрессовое недержание мочи	TVT - classic
Кольпопластика.	1	Цистоцеле 2 ст. Стрессовое недержание мочи	TVT-O
TVT-O.	2	Стрессовое недержание мочи	Операция Берча
		Стрессовое недержание мочи	TVT - classic
1.TVT-O,передняя,задняя кольпопластика. 2-Урослинг трансобтураторным доступом.	1	Стрессовое недержание мочи	TVT - classic
Ампутация матки. Промонтофиксация.	2	Цистоцеле 2 ст. Стрессовое недержание мочи	TVT-O

Жалобы были на дискомфорт и ощущение инородного тела во влагалище, сопровождаемые стрессовым недержанием мочи имели 15 женщин(41,67%), стрессовое недержание мочи 21(58,3%). (Табл.№2).

В зависимости от доступа все случаи были разделены на две группы: операции, выполненные лапароскопическим и вагинальным доступом (таблица 2, диаграмма 1)

Таблица 2 - Оперативные доступы

№	Оперативные доступы	количество	%
1	Лапароскопический доступ. Процедура Берч.	15	41,67
2	Влагалищный доступ.TVT-O, TVT-classic.	21	58,3

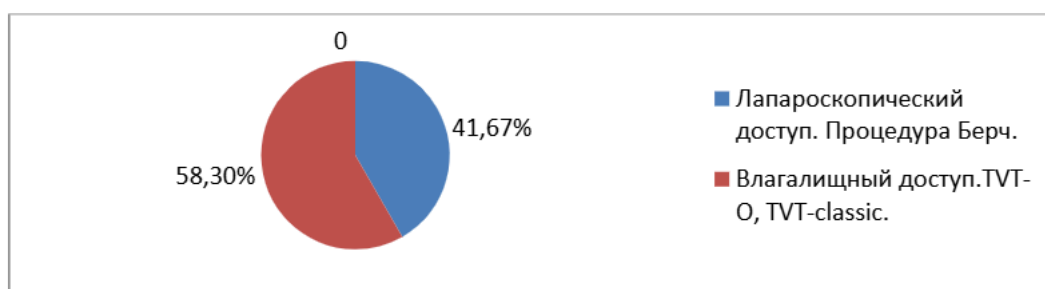


Диаграмма 1 - Оперативные доступы

Результаты исследования.

1 группу составили пациентки, которым лечение стрессового недержания мочи было проведено с помощью процедуры Берч, сюда же вошли пациентки с одномоментной промонтофиксацией,

т.к. результаты крупных исследований не показали статистически значимого влияния промонтофиксации вместе с процедурой Берч на эффективность лечения против изолированной процедуры Берч [3] (таблица 3).

Таблица 3 - Эффективность лечения стрессового недержания мочи лапароскопическим доступом.

№	Операции	Количество	Рецидив СН	Цистоцеле	Затрудненное мочеиспускание	Ректоцеле	Диспареуния	Тазовые боли
1	Лапароскопия. Операция Берча.	2	1	0	0	0	1	1
2	Лапароскопия. Операция Берча. Передняя и задняя кольпопластика	1	0	0	0	0	0	0
3	Лапароскопия. Операция Берча. Экстирпация матки с придатками.	2	0	0	0	0	0	0
4	Лапароскопия. Операция Берча. Промонтофиксация.	9	2	5	0	0	0	0
Итого		15	3(20%)	5 (33,3%)	0	0	1 (6,6%)	1 (6,6)

Стрессовое недержание мочи развилось у 3 пациенток (20%), цистоцеле у 5(33,3%), диспареуния и тазовые боли отмечены у 1 пациентки 6,6%.

2-я группа была сформирована по тому же принципу, что и первая для оценки эффективности TVT-O и TVT-classic в отношении дизурических явлений (таблица 4).

Таблица 4 - Эффективность лечения стрессового недержания мочи влагалищным доступом

№	Операции	Всего	Рецидив	Цистоцеле	Затрудненное мочеиспускание	Тазовые боли
1	TVT-O.	3	1	0	0	0
2	TVT-O. и задняя кольпопластика	10	2	0	1	2
3	Лапароскопия. Ампутация матки с маточными трубами. TVT-O. Задняя кольпопластика.	1	0	0	0	0
4	TVT-O. Лапароскопия промонтофиксация.	5	0	0	0	1
Итого		18	3(14,3%)	0	1(5,5%)	2(9,5%)
5	TVT – classic при рецидиве	3	0	0	1(33,3%)	0

Стрессовое недержание мочи отмечено у 3-х пациенток (16,6%) из 18 после TVT-O, всем 3-м была сделана процедура TVT – classic. Утреннее затруднение мочеиспускания после операции TVT-O отметила 1 пациентка (5,5%) и 1 после TVT-

classic, вследствие переполнения мочевого пузыря ночью, в течении дня данные симптомы не беспокоили. Тазовые боли наблюдались у 2 пациенток - (11,1%).

Таблица 5 - Сравнительная таблица TVT и процедуры Берч

Метод коррекции	СН	цистоцеле	Затрудненное мочеиспускание	Тазовые боли	Диспареуния
TVT-O	3(16,6%)	0	1(5,5%)	2(11,1%)	0
TVT-classic	0	0	1(33,3%)	0	0
Берч	3(20%)	5(25%)	0	1(6,6%)	1(6,6%)

Влагалищный метод занимал меньше оперативного времени в среднем от 15-20 минут и

проводился под регионарной анестезией, когда не требовалось сочетать его с промонтофиксацией.

Процедура Берч в среднем занимала от 30 до 45 минут и во всех случаях проводилась под общей анестезией.

Выводы.

1. При сравнении методов устранения недержания мочи при напряжении процент рецидива при использовании ТВТ – О составил 16,6% (3 случая из 18). Процедура TVT – classic была проведена 3-м пациенткам с рецидивом после процедуры TVT-О, повторного образования СНМ не было. При сочетании ТВТ – О с промонтофиксацией рецидив в отношении недержания мочи составил 4,76% - 1 случай. В отношении цистоцеле рецидива не наблюдалось.
2. Процедура Берч дала рецидив недержания мочи – в 20% (3 случая из 15), из них 13,3% (2 случая) при сочетании с лапароскопической промонтофиксацией. Цистоцеле при сочетании

с промонтофиксацией составил 33,3% (5 случаев из 15).

3. На основании представленных данных мы определили, что при комбинированном методе лечения лапароскопическую промонтофиксацию более эффективно сочетать с влагалищным способом коррекции недержания мочи.
4. Влагалищный метод дал меньший процент рецидива в отношении стрессового недержания мочи 16,6% против 20%. Образование цистоцеле после лапароскопической процедуры Берч было в 33%, против 0% при влагалищных методах. Влагалищный метод занимал меньше оперативного времени и всегда проводился под регионарной анестезией, что в целом экономически более выгодно, а также несет меньше рисков, связанных с анестезией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Коркан А.И. Проплапс тазовых органов. Диагностика, хирургическая тактика. – Алматы: 2009. – 168 с.
- 2 Al-Mandeel H, Ross S, Robert M, Milne J. Incidence of stress urinary incontinence following vaginal repair of pelvic organ prolapse in objectively continent women. // *Neurourol Urodyn.* – 2011. – 30(3). – P. 390-394.
- 3 Van der Ploeg JM¹, Van der Steen A, Oude Rengerink K, van der Vaart CH, Roovers JP. Prolapse surgery with or without stress incontinence surgery for pelvic organ prolapse: a systematic review and meta-analysis of randomised trials // *PMID.* – 2007. - №3. – P. 45-48.
- 4 van der Ploeg JM, Oude Rengerink K, van der Steen A, van Leeuwen JH, Stekelenburg J, Bongers MY, Weemhoff M, Mol BW, van der Vaart CH, Roovers JP; Dutch Urogynaecology Consortium. Transvaginal prolapse repair with or without the addition of a midurethral sling in women with genital prolapse and stress urinary incontinence: a randomised trial // *PMID.* – 2004. - №1. – P. 112-116.
- 5 Meschia M. A multicenter retrospective study on transvaginal mesh repair of genital prolapse with Prilift TM system. – 2001. – 249 p.
- 6 Carey M, Higgs P, Goh J, et al. Vaginal repair with mesh versus colporrhaphy for prolapse: a randomised controlled trial // *BJOG.* – 2009. - 116(10). – P. 1380-1386.
- 7 Uoka PK¹, Pacetta AM, Baracat EC, Haddad JM. Should prophylactic anti-incontinence procedures be performed at the time of prolapse repair. Systematic review // *PMID.* – 2008. - №4. – P. 45-49.

А.И. КОРКАН, М.В. ЛАКТИОНОВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Л.М. ЕМЕЛЬБАЕВА СТРЕССТІК ЗӘР ҰСТАМАУШЫЛЫҚТЫ ҚЫНАПТЫҚ ЖӘНЕ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУДЕГІ САЛЫСТЫРМАЛЫҚ

Түйін: Аталған мақалада стресстік зәрді ұстамаудың лапароскопиялық және қынаптық жету жолмен емдеудің талдауы келтірілген. Жыныстық промонтофиксациямен рецидив-4,76%, ал қынаптық жолмен жетуден кейінгі рецидив-14,3% құрады. Берчтің лапароскопиялық әдісінде 20 % қайталанған асқынулар болды, соның ішінде 13,3 % промонтофиксациямен бірге байқалды. Кешенді еммен қоса, қынаптық жету жолы тиімді екендігін көрсетті.

Түйінді сөздер: жамбас орган пролапс, стресті несепті жарамдылық, қайталанатын.

A.I. KORKAN, M.V. LAKTIONOVA, S.A. LYSEKOV, L.M. EMELBAYEVA
COMPARISON OF VAGINAL AND LAPAROSCOPIC SURGICAL TREATMENTS
STRESS URINARY INCONTINENCE

Resume: This article is an analysis of the treatment of stress urinary incontinence by vaginal and laparoscopic access. Relapse after vaginal approach was 14.3%, in combination with promontofixation of concomitant prolapse - 4.76% . Laparoscopic Burch procedure gave 20% of recurrence, 13.3% in those cases was combined with promontofixation. Vaginal approach was more effective, including the structure of a combined approach in the treatment of stress urinary incontinence with pelvic organ prolapse.

Keywords: pelvic organ prolapse, stress urinary incontinence, recurrent.

¹Р.С. Скакова, ²Е.П. Зырьянова, ²М.Б. Исабекова, ²Б.С. Усманова

¹Кафедра акушерства и гинекологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова

²Кафедра акушерства и гинекологии КРМУ

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ СЛУЖБЕ

УДК 617.735-007.281-089

Исследованию подвергались все полостные гинекологические экстренные вмешательства в отделение гинекологии за 2013-2015гг. Структура гинекологических операции ГКБ №4, поступившие в отделение в экстренном порядке, которые подвергались к оперативному вмешательству:

На 1-ом месте – внематочная беременность – 532 – 100%.

2-е место – тубоовариальное образование – 88 – 100%.

3-е место – опухоли яичников – 60 – 100%.

По данным литературы, причиной острого живота являются: внутренние кровотечения (внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки), острое нарушение кровоснабжения опухолей внутренних половых органов (перекрут ножки опухоли яичника, перекрут узла миомы матки); острые воспалительные заболевания придатков матки (гнойные сальпингиты, тубоовариальные образования, пельвиоперитониты).

В структуре гинекологических заболеваний ведущее место принадлежит внематочной беременности-47% и острому воспалению придатков матки - 24% (2).

Всего были – 532 – 100% операций по поводу внематочной беременности, из них подвергались к оперативному вмешательству лапароскопическим путем – 315 – 59,0% и лапаротомных – 217 – 41,0%. Пациентки, поступившие с подозрением на внематочную беременность подвергались к обследованию, т.к. первоначальный диагноз был неправильный у 30 больных – 6,0%. Были выставлены диагнозы угроза выкидыша у – 22 – 73%, сальпингоофорит- 8 – 27,0%.

34 – 6,0% женщины подвергались сразу к оперативному вмешательству с ошибочными диагнозами как апоплексия яичников – 15, или разрыв кисты – 19 и во время операции выставлен правильный диагноз внематочная беременность, потом подвергались гистологическому исследованию. Остальные пациентки, где были ошибочные диагнозы, обследовались, им проводились

Частота острых гинекологических заболеваний варьируют в очень широких пределах и составляет от 1 до 26% от общего числа пациенток гинекологического стационара. Несвоевременная или неадекватная диагностика, запоздалая коррекция экстремальных состояний могут привести к серьезным осложнениям, а иногда и к летальному исходу(1).

Ключевые слова: гинекология, операция, экстренная служба

дополнительные обследования- повторное УЗИ ОМТ, определение концентрации ХГЧ в сыворотке крови некоторым диагностическая лапароскопия с последующей операцией.

Ошибочная диагностика или несвоевременная оказание медицинской помощи связано стрессовой ситуацией в экстренной гинекологии- операции в ночное время или не владение дежурных врачей использование современных диагностических и лечебных технологии.

Объем операции произведенные по поводу внематочной беременности были: лапароскопия с туботомией -100-19%, лапароскопия с тубэктомией - 165 - 31%, лапаротомия с туботомией 62-12,0%, лапаротомия с тубэктомией-205-38,0%. Удаление маточной трубы – 370 - 70,0%, больше чем 50%, больные поступали с разрывом маточной трубы с клиникой острого живота и пациентки оперированы экстренно, с удалением маточных труб, где невозможно было сохранить маточных труб, в остальных случаях производились органосохраняющие операции.

По нашим данным среди оперированных с воспалительными заболеваниями половых органов –тубоовариальные образования преперфоративное состояния, подвергались 88 больных, подтвержденные с данными гистологии, из них 5 – 6,0% случаях подтвержден рак яичников. По данным литературы, 6 – 2% случаев больные с новообразованиями яичников поступают по скорой помощи в гинекологический стационар с диагнозом «острый живот», который может быть обусловлен перекрутом опухоли, разрывом ее, но чаще всего острые состояния при раке яичников

протекают под маской воспалительных тубоовариальных образований (5,6).

Всем больным предварительно проводилась предоперационная подготовка с применением антибактериальной и инфузионной терапии, от 3 до 12ч, с некоторыми улучшениями были взяты на оперативное лечение. 52-59,0% были тубоовариальные образования по результатам гистологии, остальные 31 – 35,0% который подтверждает о наличии хронического гнойного процесса, длительность течения привели к органосохраняющим операциям. 18 – 20,5% пациенткам проводилась тубэктомии, 40 – 45,0%, аднексэктомии, при наличии обширных гнойных процессов надвлагалищные ампутации матки были у 18,0-20,5%, при гнойном пельвиоперитоните и перитоните проводилась 12 – 14,0% больным экстирпации матки с придатками.

В последние годы обсуждаются дифференциальные различия между гнойными воспалительными тубоовариальными образованиями и воспалительными тубоовариальными комплексами (ТОК). ТОК могут иметь большие размеры, но они в отличие от тубоовариальных процессов, отвечают на медикаментозную терапию более чем в 95% случаев (5,6). В наших случаях, во всех случаях имелись тубоовариальные образования, не поддающиеся к медикаментозной терапии. Апоплексия и перекрут ножки кисты яичника, требующие экстренной помощи.

Чаще всего эти состояния являются осложнением длительно развивающихся кист яичника(3).

60 больных оперированные по поводу апоплексии яичника, геморрагическая форма -12-20,0% или перекрут или разрыв кисты яичника-48-80,0% , все поступали в отделение с картиной острого живота. 70% случаев операции производились лапаротомно, экстренно. Эндоскопическое лечение больных с апоплексией яичников направлено на профилактику рецидива заболевания на снижение риска спаечного процесса органов малого таза и эндометриоза на сохранение и восстановление репродуктивной функции. Во время лапароскопии органосохраняющие операции при перекруте ножки опухоли яичников- деторсия придатков и резекция яичников- проводятся в 80% случаев, в то время как при лапаротомии придатки матки удаляются в 3 раза чаще по сравнению с лапароскопическим доступом (3,4).

Учитывая вышеуказанные данные, все неотложные операции более 70% производились лапаротомным путем, должны проводиться с круглосуточной организованной эндовидеохирургической помощью. Методом выбора хирургического лечения больных с внематочной беременностью является эндоскопическая органосохраняющая операция в оптимальном объеме (3,4). Своевременно проведенная лапароскопия у больных с острыми гинекологическими заболеваниями позволяет правильно установить диагноз в 99,5% случаев, провести органосохраняющую операцию у 83% больных (при лапаротомии - у 16%), уменьшить операционную кровопотерю в 20-40 раз, уменьшить количество койко -дней в 5,5 раза (ранняя и быстрая реабилитация) (2,3).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гаспаров А.С., Косаченко А.Г., Тер-Овакимян А.Э., Бабичева И.А. Современные технологии в лечении острых гинекологических заболеваний// Здоровоохранение и медицинская техника.-Москва, 2005.-Т.9.№23.-С.24-26.
- 2 Гаспаров А.С., Тер-Овакимян А.Э., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Ререкин И.А., Каушанская Л.В., др. Новая концепция оказания помощи при ОГЗ // Ремедиум.- М.: 2006. - №5. - С. 23-27.
- 3 Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Каушанская Л.В., Хилькевич Е. Г., Торгомян А.А. Концепция оказания экстренной помощи в гинекологии // Тезисы XVI международной конференции РАРЧ «Вспомогательные репродуктивные технологии сегодня и завтра». - Ростов-на-Дону: 2006. - С. 87-88.
- 4 Гаспаров А.С., Каушанская Л.В., Дубинская Е.Д., Колесников Д.И., Бабичева И.А., Барабанова О.Э., Тер-Овакимян А.Э. Современная концепция оказания помощи больным с внематочной беременностью // Актуальные вопросы акушерства и педиатрии. - Астана: 2006. - №2. - С.70-73.
- 5 Адамян Л.В., Киселев С.И., Яроцкая Е.Л. и др. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. -М.: Пантори, 2000. - №2. - С. 170-194.
- 6 Краснопольский В.И. Гнойная гинекология. - М.: Медпресс, 2006. - 282 с.

Р.С. СКАКОВА, Е.П. ЗЫРЬЯНОВА, М.Б. ИСАБЕКОВА, Б.С. УСМАНОВА
ЖЕДЕЛ ҚЫЗМЕТТЕГІ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ ОТАЛАРДЫҢ ҚҰРЫЛЫМЫ

Түйін: Барлық төтенше оталар эндовидеохирургиялық көмекпен тәулік бойы жүзеге асырылуы тиіс. Жатырдан тыс жүктілігі бар науқастарды хирургиялық емдеудің таңдау әдісі оңтайлы мөлшердегі эндоскопиялық мүшені сақтайтын ота болып табылады. Өткір гинекологиялық аурулары бар науқастарға уақтылы жүргізілген лапароскопия 99,5% жағдайда дұрыс диагноз қоюға, (laparotomii- 16% кезінде) 83% науқасқа мүшені сақтайтын ота жүзгізуге, 20-40 есеге оталық қан шығынын азайтуға, 5,5 есеге (ерте және тез оңалту) төсек-күн санын азайтуға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: гинекология, ота, жедел қызмет

R.S. SKAKOVA, E.P. ZYRYANOVA, M.B. ISABEKOVA, B.S. USMANOVA
STRUCTURE GYNECOLOGICAL SURGERIES EMERGENCY SERVICES

Resume: All emergency surgery should be carried out with the help of clock endovideosurgical organized. The method of choice of surgical treatment of patients with acute abdomen is endoscopic conserving surgery in optimal amount. Timely laparoscopy in patients with acute gynecological diseases can correctly establish the diagnosis in 99.5% of cases, hold-sparing surgery in 83% of patients (at laparotomii- 16%), reduce intraoperative blood loss by 20-40 times, reduce the number of bed-days 5.5 times (early and rapid rehabilitation).

Keywords: gynecology, surgery, emergency service

СӘУЛЕЛІ ДИАГНОСТИКА | ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА IMAGING DIAGNOSIS

Р.Н. Сулейменова, Р.К. Джанабаева, М.М. Жарыкбасов

Городская клиническая больница №4
г. Алматы, Казахстан

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ САКРОИЛЕИТА

УДК 811.161.1:8.373.43

Сакроилеит – это воспалительный процесс крестцово-подвздошного сустава. Может быть самостоятельным заболеванием или симптомом других болезней инфекционного или аутоиммунного характера. Обычно сакроилеит развивается с одной стороны. Двусторонний сакроилеит может наблюдаться при бруцеллезе (реже – при туберкулезе) и является постоянным симптомом при серонегативного спондилоартрита (болезни Бехтерева). План лечения и прогноз зависит от формы и причин развития сакроилеита.

Боль в нижней части спины является наиболее частой причиной ограничения физической активности лиц трудоспособного возраст. Около 70% пациентов сакроилеитом через 10–15 лет теряют трудоспособность и имеют значительное снижение качества жизни. Рентгенологически диагностировать начало сакроилеита является в большинстве случаев невозможным из-за отсутствия костных изменений в этой стадии заболевания. Если при диагностике основываться лишь на данных рентгенографии, то задержка с диагнозом может достигать нескольких лет. Компьютерная томография (КТ) в сравнении с обычной рентгенографией лучше оценивает структурные изменения в крестцово-подвздошном суставе. Несмотря на это, различить острого процесса от хронического по данным КТ не всегда является возможным. Магнитно-резонансная томография эффективно используется как первичный метод оценки изменений в хряще периферических суставов. По данным нескольких авторов метод способен выявлять сакроилеит за счет отека костного мозга и контрастного усиления суставной поверхности.

Цель: сравнительный анализ результатов рентгенографии, КТ и МРТ в диагностике сакроилеита.

Проведено сравнительное исследование рентгенографии, КТ и МРТ в диагностике сакроилеита. Анализ показал, что лучшим методом визуализации в ранней диагностике сакроилеита является МРТ.

Ключевые слова: сакроилеит, лучевая диагностика, магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), рентгенография

Материалы и методы: Исследовано 40 больных с сакроилеитом. Из них у 25 двусторонний, у 15 односторонний. Всего 65 суставов с сакроилеитом, 15 здоровых суставов. Клиническое обследование всех пациентов основывалось на принятых критериях диагностики Европейской группой исследования спондилоартропатии: начало заболевания ранее 45 лет, постепенное начало улучшений после физических упражнений, утренняя скованность, течение болезни более 3 месяцев.

Всем больным проведена КТ и МРТ. КТ КПС была проведена всем пациентам в лежащем положении с краниальным наклоном гентри 19–20 градусов для получения корональных изображений хрящевых и связочных частей КПС. КТ проведена на устройстве SIEMENS SOMATOM толщиной срезов 5 мм с 130 kv/320 mAS. На КТ оценивались: эрозии (деструкции суставных поверхностей), склероз кости (повышения плотности), изменения суставной щели. Оценка сакроилеита при КТ проведена по классификации Kellgren: 1- суставная щель считалась расширенной, если ее ширина составляла 5 мм или более, и суженной, если ее ширина была менее 2 мм; 2 — субхондральный остеосклероз учитывался в качестве признака сакроилеита в том случае, если его ширина со стороны подвздошной кости превышала 5 мм, а со

стороны крестца — 3 мм; 3 — единичным эрозиям и ограниченному по протяженности субхондральному остеосклерозу придавалось значение только в том случае, если они выявлялись не менее чем на двух последовательных срезах.

МРТ была проведена на аппарате Siemens Magnetom Open напряженностью магнитного поля 0,2 Т в режимах T1, T2, STIR. Толщина срезов была 3 мм во всех режимах с 1 мм расстояниями между срезами. Режимы были в корональном срезе с наклоном параллельно к оси КПС. На МРТ изображениях хрящевая часть сустава была видна

на 5 последовательных коронарных срезах. Были получены от 7 до 11 срезов в передне-заднем направлении. Оценивалась связочная и хрящевая часть КПС в последовательных срезах. На МРТ оценивали следующие изменения: остеосклероз (низкая интенсивность во всех режимах без контраста), эрозии, скопление жира в костном мозге (высокий сигнал интенсивности в режиме T1), изменение суставной щели, отек костного мозга (высокий сигнал интенсивности в STIR и T2 режимах) (рисунок 1 А и Б).

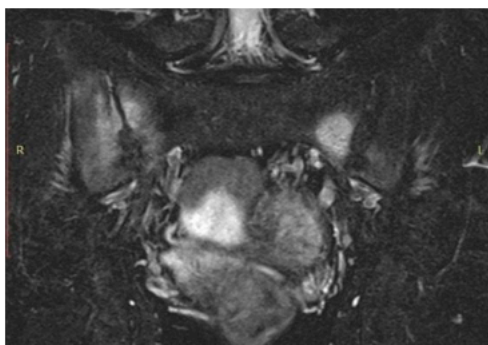


Рисунок 1 - А. МР-томограмма КПС в коронарной проекции, режим STIR. Больной А, 21 лет. В субхондральных отделах крестцово-подвздошного сочленения с обеих сторон на фоне отека костного мозга определяются локальные участки эрозии замыкательных костных пластинок

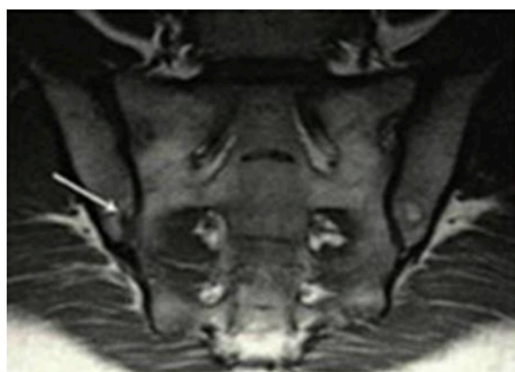


Рисунок 1 - Б. МР-томограмма КПС в коронарной проекции, режим T1. Больной Л., 31 лет, в субхондральных отделах тела правой подвздошной кости отмечается локальный участок утраты сигнала от костного мозга - эрозия (стрелка)

Результаты исследования: Из 65 суставов с сакроилеитом на КТ изменения выявлены в 50 (77 %) случаях, на МРТ в 62 (96 %) случаях. Сакроилеит на КТ проявлялся: эрозиями, склерозом суставных поверхностей, расширением и сужением суставной щели. На МРТ наряду с выше перечисленными отмечали жидкость и отек костного мозга. Эрозии замыкательных костных

пластинок при КТ выглядели как локальные краевые дефекты кортикальной кости, на МРТ — в виде участков утраты сигнала от костного мозга в режиме T1, сочетающихся с дефектом расположенной рядом кортикальной кости. На КТ эрозивные изменения были выявлены в 22 (43 %) суставах, на МРТ в 19 (30,6 %) суставах (рисунок 2 А и Б).

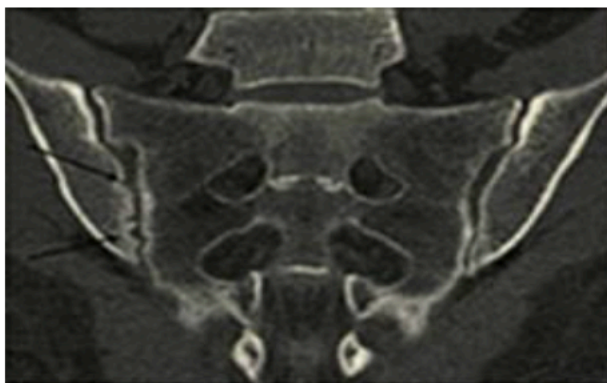
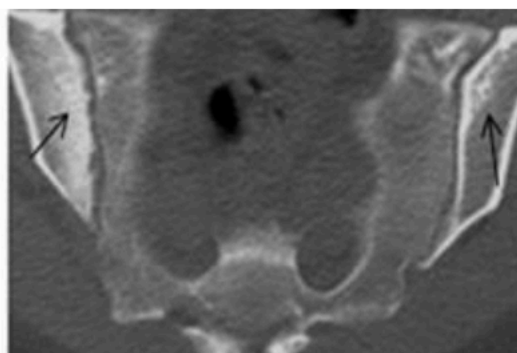
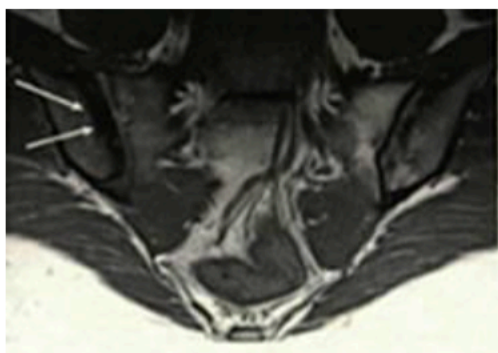


Рисунок 2 - Б. Компьютерная томограмма КПС в коронарной проекции. Больной Я., 37 лет, в субхондральных отделах тела правой подвздошной кости на уровне нижних отделов сустава определяются локальные дефекты кортикального слоя

По данным КТ субхондральный склероз представлял собой зону с четкими или нечеткими контурами повышенной плотности различных размеров, расположенную вблизи замыкательной пластинки подвздошной кости и/или боковой массы крестца. По данным МРТ субхондральный склероз выглядел в виде зоны с четкими или

нечеткими контурами пониженной интенсивности сигнала во всех режимах, также расположенной вблизи замыкательных костных пластинок (рисунок 2А и Б). Склеротические изменения на КТ были выявлены 28 (58 %) суставах, на МРТ в 25 (40,3 %) суставах.



Суставная щель считалась расширенной, если ее ширина составляла 5 мм или более, и суженной, если ее ширина была менее 2 мм. Расширение суставной щели на КТ было выявлено в 25 (50 %) суставах, на МРТ в 23 (37,6 %) суставах. Сужение суставной щели на КТ было выявлено в 20 (41 %) суставах, на МРТ в 17 (27,5 %) суставах. Анкилоз представлял собой отсутствие визуализации суставной щели на всем протяжении (полный анкилоз) или на ограниченном участке (частичный анкилоз). Частичный анкилоз выглядел на рентгенограммах и компьютерных томограммах в виде костного мостика между сочленяющимися поверхностями, а на МР-томограммах достоверно не определялся. Полный анкилоз характеризовался отсутствием визуализации суставной щели на всем протяжении полости сустава вследствие сращения суставных поверхностей. В 4 (8 %) суставах были выявлены признаки полного анкилоза на КТ, в 3 (4,1 %) суставах на МРТ. Признаки отека костного

мозга были выявлены только на МРТ в 9 (14 %) суставах, скопление жидкости в 1 (1,61 %) суставах. Изменение сигнала субхондрального костного мозга было выявлено в режиме STIR. Оценка МРТ режимов особенно режима STIR является ценным для определения острого воспаления. Обсуждение КТ выявляет эрозии и склеротические изменения расширение или сужение суставной щели лучше чем МРТ, в связи высоким разрешением в определении костных изменений в суставе. Эрозии проявляются в виде костных дефектов и являются результатом воспалительных поражений краевых отделов кости. Склеротические изменения связаны с уплотнением суставных поверхностей в ответ на воспалительный процесс. Субхондральный склероз при сакроилеите является вторичным изменением кости и возникает больше со стороны подвздошной кости. МРТ дает возможность различить две части КПС на основании дифференциации жировой ткани

в связочной части и хряща. МРТ кроме эрозий, склероза, изменений суставной щели достоверно выявляет отек субхондрального костного мозга и жидкости в суставе что позволяет отличать острые изменения от хронических.

Выводы:

1. МРТ позволяет выявлять ранние воспалительные изменения, в виде отека костного мозга, которые не визуализируются с помощью КТ.
2. КТ лучше оценивает поздние признаки сакроилеита.
3. При рентгеновском исследовании патологические изменения видны порой только спустя три недели.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ахмедов Б. Р., Хайдарова Г.Б. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в ранней диагностике сакроилеита // Молодой ученый. – Алматы: 2014. – №2. – С. 287-289.
- 2 Редуцкий И.А. Диагностика ревматических заболеваний. – М.: 2011. – 264 с.
- 3 Насонов Е.Л. Ревматология. Национальное руководство. – Уфа: 2008. – 162 с.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, М.М. ЖАРЫКБАСОВ

Қазақстан, Алматы қаласы, №4 ҚКА

МАГНИТТИ-РЕЗОНАНСТЫ ТОМОГРАФИЯДАҒЫ САКРОИЛЕИТТІҢ АЛҒАШҚЫ БЕЛГІЛЕРІ

Түйін: Магнитті-резонансты томографияның сакроилеиттегі алғашқы белгілерін анықтаудағы маңыздылығы.

Түйінді сөздер: Сакроилеит, сәулелі диагностика, магнитно-резонансты томография (МРТ), компьютерлі томография (КТ), Рентгенография.

R.N. SULEIMENOVA, R.K. SULEIMENOVA, M.M. ZHARYKBASSOV

№4 ССН, Almaty city, Kazakhstan

MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE EARLY DIAGNOSIS OF SACROILIITIS

Resume: Magnetic Resonance Imaging in early detection of sacroiliac disease. Sacroiliitis - is inflammation of the sacroiliac joint. It can be an independent disease, or a symptom of other diseases of infectious or autoimmune nature. Usually sacroiliitis develops on one side. Bilateral sacroiliitis can be observed in brucellosis (at least - in tuberculosis) and is a regular symptom in seronegative spondylitis (ankylosing spondylitis). The treatment plan and the prognosis depends on the form and causes of sacroiliitis.

Pain in the lower back is the most frequent cause of activity limitation of physical persons of working age. About 70% of patients 10-15 years sacroiliitis are unable to work and have a significant decrease in quality of life. X-ray to diagnose the start of sacroiliitis is in most cases not possible due to lack of bone changes in this stage of the disease. If the diagnosis based only on data radiography, diagnosis with the delay can be up to several years. Computed tomography (CT) compared with conventional radiography better evaluate structural changes in the sacroiliac joints. Despite this, to distinguish the process from acute chronic data by CT is not always possible. Magnetic resonance imaging is effectively used as the primary method of assessing changes in the cartilage of peripheral joints. According to several authors' method is able to detect sacroiliitis due to bone marrow edema and contrast enhancement of the articular surface.

Objective: comparative analysis of the results of X-ray, CT and MRI in the diagnosis of sacroiliitis.

Materials and Methods: 40 patients studied with sacroiliitis. Of these 25, two-sided, 15 sided. Total 65 joints with sacroiliitis, 15 healthy joints. Clinical examination of patients was based on accepted diagnostic criteria of the European spondyloarthropathy study group: onset before 45 years old, gradual onset, improved after exercise, morning stiffness, course of the disease for more than 3 months.

Keywords: Sacroiliac joint, X-ray diagnostics, Magnetic Resonance Imaging, CT scan.

А.Ж. Нурмаков¹, А.Н. Баймаханов¹, Ж.Р. Елемес²

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова¹

² Городская клиническая больница № 4 г. Алматы²

СКРИНИНГ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

УДК 616.3

В о все времена приоритетным направлением в медицине была ранняя диагностика заболеваний органов и систем. Внедрение в медицинскую практику и широкое применение высокоинформативных методов инструментального исследования (УЗИ, эндоскопия, КТ и др.) позволило развить это направление, создавая различные диагностические программы. Одной из таких проектов является внедрение скрининг обследования. Скрининг («screening» – отбор, просеивание) – это практика массового обследования населения с целью раннего выявления широко распространенных среди населения и социально значимых заболеваний. Основопологающим принципом скрининг программы является раннее выявление болезней с целью назначения своевременной и радикальной терапии. Данный метод был разработан в 1968 году Всемирной организацией здравоохранения как методическое руководство ранней диагностики заболеваний и особенно представляющих опасность для жизни людей (опухоли, желчнокаменная болезнь, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.). Благодаря такому исследованию можно избавить пациентов от страданий, связанных с болезнью, продлить и даже спасти им жизнь. Скрининг осуществляется проведением массового обследования населения по специальной программе. Сравнительно молодой метод сегодня широко распространен в лечебных учреждениях многих стран мира. С 2008 года скрининг исследование проводится и в Казахстане. Доступность, информативность, высокая чувствительность и специфичность метода позволила ввести его в нашей стране в перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

В зависимости от цели исследования различают несколько видов скрининга (массовый скрининг, сложный или многомерный скрининг,

Широкое применение в практической медицине высокоинформативных методов инструментального исследования (УЗИ, эндоскопия, КТ и др.) позволило разработать и внедрить в практику новые проекты ранней диагностики и лечения наиболее распространенных и опасных заболеваний, имеющих социальную значимость. Одной из такой программы является скрининг исследование больных. Согласно Приказов МЗ РК от 8 января 2013 года № 145 и № 8 в республике начали проводить скрининговое обследование в различных целевых группах населения.

Ключевые слова: скрининг, ранняя диагностика, колоноскопия, УЗИ

профилактический скрининг, генетический скрининг и др.).

Материалы и методы. За период январь-октябрь 2015 года, в рамках программы МЗ РК, проведено скрининг обследование жителей двух районов (Турксібского и Жетысуйского) г.Алматы. Целью его проведения было выявление лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и билиопанкреатической зоны (БПДЗ). Отбор лиц для скрининга проводили в восьми поликлиниках указанных районов города. В плане подготовки обследуемые лица проходили предварительное анкетирование. В анкетный лист вносились следующие данные: возраст и пол, анамнез, сведения объективного обследования и в случае нахождения их на диспансерном наблюдении, включались и его данные. С результатами анкетирования отобранные лица направлялись в клинику. Скрининг обследование проводилось в отделении функциональной диагностики ГКБ№4 квалифицированными специалистами. Всего обследовано 3.882 пациента. Мужчин было 2.008, женщин-1.874. Возраст пациентов

составлял 50-70 лет (в среднем $\pm 63,5$). Обследуемые лица были распределены на две группы. Первую группу составили 3.364 человек, которые по данным предварительного отбора (возраст, характер жалоб, объективного исследования и др. были отнесены к группе риска заболеваний желудка и толстой кишки. Им проводилось эндоскопическое исследование (ФЭГДС) пищевода, желудка и толстой кишки (колоноскопия). При необходимости скрининг обследование у них дополнялось биопсией. Всего было выполнено 171 биопсий. Второй группе (518 пациента) скрининг проводили для выявления доклинической стадии желчнокаменной болезни (ЖКБ) (по классификации А.Ж.Нурмакова, Л.В.Поташова, 1993), а также других заболеваний органов билиопанкреатической зоны (БПДЗ). Им проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ). В первой группе использован метод массового скрининга, а во второй группе скрининг проводился среди практически здоровых людей (профилактический с.), которые при предварительном анкетировании не предъявляли никаких жалоб. Но у них были выявлены факторы риска ЖКБ, разработанные одним из авторов этой статьи (А.Ж.Нурмаков, 1989). Такие факторы условно были разделены на две категории. К первой категории были включены лица, у которых обнаруживались наследственные причины ЖКБ (наследственно-генетический фактор). У них

в ходе изучения анамнеза холелитиаз обнаруживался у родителей или у близких родственников. Такие данные были выявлены в 36 (6,9 %) случаях. Причем у 4 из них ЖКБ была выявлена у обоих у родителей, в 13 случаях у близких родственников разного поколения, возраста и пола (бабушек, дядей, сестер и др.). При детализации анамнеза было установлено, что все они по территории проживали в одной географической зоне и находились в идентичных условиях, как бытовых, так и по характеру питания. Вторая категория (*общие факторы риска*) включала следующие сведения: возраст, пол, характер питания, тип телосложения, характер работы и образа жизни (гиподинамия), а также количество беременности и родов, наличие хронических заболеваний ЖКТ и печени и др. Скрининг исследование у них проводилось аппаратами фирмы «Aloka», «Toshiba» и «Olympus» (Япония).

Результаты. В первой группе патологические изменения ЖКТ были обнаружены у 596 (17,7%) обследованных лиц. Из них у двух был выявлен рак толстой кишки, у 29 предраковое состояние желудка и толстой кишки (хронические язвы желудка, полипы, дисплазии). Кроме того были выявлены заболевания, требующие диспансерного наблюдения и активного лечения (таблица 1). Некоторые из указанных в таблице заболеваний у обследованных лиц были установлены впервые.

Таблица 1 - Результаты эндоскопического обследования ЖКТ (n-3 364)

Обнаруженные патологические изменения	Число больных		Всего
	муж. (n- 1876)	жен. (n-1488)	
эзофагит катаральный	26	17	43
компенсированное сужение пищевода, после перенесенного ранее ожога	9	7	16
полип пищевода	16	8	24
полип (полипоз) желудка	26	17	43
хроническая язва желудка	39	20	59
пролиферация, дисплазия слизистой желудка (предрак)	18	12	30
эрозии и острые язвы желудка 12перстной кишки	14	6	20
хронический атрофический гастрит	37	23	60
хронический поверхностный гастрит	51	38	89
хронический гипертрофический гастрит	27	13	40
хроническая язва 12п. кишки	13	5	18
деформация луковицы 12п. кишки	18	11	29

полипы, дивертикулы толстой кишки	26	15	41
пролиферация, дисплазия сигмы, ободочной кишки (предрак)	11	9	20
рак толстой кишки	2	-	2
Всего:	372	224	596 (17,7%)
Патологии не выявлено	1504	1264	2768

Характер выявленных изменений во второй группе отражен в таблице 2. Как видно из таблицы, у 106 (20,5%) обследованных лиц были обнаружены камни желчного пузыря. Из них у 86 они были обнаружены впервые (*доклиническая форма ЖКБ*). У 300 (57,9%) человек были выявлены различного характера изменения поджелудочной железы, желчного пузыря, печени, характерные для хронического холецистита, панкреатита и гепатита. У 3-х лиц с

признаками гепатита в ткани печени был обнаружен участок с признаком петрификации, однако из анамнеза данные об эхинококке печени у них не были установлены. И только у 112 (21,6%) среди лиц прошедших обследование, патологических изменений в органах БПДЗ не было. Следует отметить, что все лица прошедшие у нас скрининг обследование, ранее такую процедуру не проходили.

Таблица 2 - Характер выявленных изменений в БПДЗ и желчном пузыре (n-518)

№ п/п	Выявленные изменения	Число пациентов	
		абс. ч.	%
1	Камни желчного пузыря	106	20,5
2	Признаки хронического холецистита	157	30,3
3	Признаки хронического панкреатита	85	16,4
4	Изменения в печени	58	11,2
5	Изменений не выявлено	112	21,6
Всего:		518	100

Лица, у которых скрининг выявил патологические отклонения, указанные в таблицах направлялись в соответствующие лечебные учреждения по месту жительства для углубленного обследования и проведения специализированного лечения.

Заключение. Таким образом, проведенное нами исследование показало, что широкое внедрение скрининга (массовый, многомерный, профилактический) в практическое здравоохранение позволит улучшению диагностики распространенных и социально значимых, а также и опасных для жизни заболеваний. Метод позволяет обнаружить среди практически здоровых людей, заболевания в доклинической фазе развития, а также распознать генетическую предрасположенность к заболеваниям. Это открывает перспективу качественного улучшения результатов лечения болезней. Это, как нам представляется, создает возможность

улучшить качество диспансеризации хронически протекающих заболеваний и еще в доклинической ее стадии провести комплекс консервативных лечебных мероприятий. Исследование, также помогает своевременному установлению показаний для хирургического вмешательства, и провести его в более благоприятный момент, т.е. до появления опасных осложнений. Такой дифференцированный подход к показаниям к операции при ЖКБ сократит количество «напрасного» удаления такого важного органа, как желчный пузырь, а также снизит процент т.н. постхолецистэктомического синдрома». Раннее выявление заболеваний и своевременное лечение на ранних стадиях, безусловно, более эффективно как с экономической точки зрения, т.к. менее затратно по сравнению с запущенными стадиями болезней, так и с точки зрения улучшения качества жизни больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Максимов А. Современные возможности выявления и диагностики ранних форм рака легких // Вопросы онкологии. – 1987. – Т. 30. – №7. – С. 805-809.
- 2 Нурмаков А.Ж. Поташов Л.В. Желчнокаменная болезнь. – Алматы: МГП «Берен», 1993. – 145 с.
- 3 Михайлова Е.И. Скрининг в диагностике колоректального рака.// Проблемы здоровья и экологии. – 2004. - №2. - С. 79-82.
- 4 Горин И.Е. Скрининг заболеваний органов дыхания. – М.: 2011. – 237 с.
- 5 Кашин С.В. Скрининг и тактика ведения больных ранним раком желудка (обзор). //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2011. – Т. 21. - № 2. – С.43-49.

А.Ж. НУРМАКОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ, Ж.Р. ЕЛЕМЕС

СКРИНИНГ - ІШҚҰРЫЛЫС АҒЗАЛАРЫНЫҢ АУРУЛАРЫН ЕРТЕ АНЫҚТАУДЫҢ БІР ТӘСІЛІ

Түйін: Ел арасында көп тараған қауіпті және әлеуметтік маңызы бар созылмалы сырқаттарды (ісіктер, өтас ауруы, асқазан, он екіелі ішек, тоқ ішек т.б.) ерте анықтау үшін Алматы қаласының екі ауданының (Түркісіб, Жетісу) 3 882 тұрғындарын скрининг тәсілімен жаппай зерттеудің нәтижелері баяндалған. Скрининг тәсілі аталған сырқаттарды уақытында анықтап, емдеу аса тиімді екені дәлелденген.

Түйінді сөздер: скрининг, ерте диагностика, колоноскопия, УДЗ

A.ZH. NURMAKOV, A.N. BAIMAKHANOV, ZH.R. ELEMES

SCREENING AS A METHOD FOR EARLY DETECTION ABDOMINAL DISEASES

Resume: To determine widespread dangerous and socially important chronic illnesses earlier between the people (as cancer, cholelithiasis, stomach, duodenum, colon, etc.) in 2 regions of Almaty (Turkisip, Jetisu) set out results of research 3882 inhabitants by screening methods. Screening methods help to determine mentioned illnesses on time, this treat proved that very useful.

Keywords: Screening, early diagnosis, colonoscopy, ultrasound

¹Р.Н. Сулейменова, ¹Р.К. Джанабаева, ²Н.Е. Жаксылыкова

¹Городская клиническая больница №4

²Казахстанско-Российский медицинский университет

СЛУЧАЙ МСКТ ДИАГНОСТИКИ ГИГАНТСКОГО ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА

УДК 616.381 – 003.6

Литературные сведения о выявлении безоаров у взрослых немногочисленны и указывают на их казуистическую редкость [1]. Безоарами (от фр. — bezoard) называются инородные тела, образующиеся в самом желудке вследствие попадания в него, прежде всего с пищей, таких ее компонентов, которые не перевариваются, а накапливаются и формируют инородное тело [2]. По различным классификациям выделяют до 11 видов безоаров пищеварительного тракта. Однако наиболее распространенной является классификация Ш.А.Голурдавы, А.С.Кофкина (1969) [3], по которой безоары ЖКТ подразделяют на следующие группы:

1. Трихобезоар (или волосной шар) – это свалывшийся, войлокообразный комок волос, ниток или шерсти, как правило, с примесью слизи и пищи. Трихобезоары часто встречаются у людей с неуравновешенной психикой, особенно страдающих трихотилломанией, а также у лиц, работающих с волосом (работники щеточного производства, парикмахеры) [4].
2. Фитобезоар – безоар, основой которого чаще всего является растительная клетчатка. Формирование фитобезоара в желудке происходит в результате употребления в пищу больших количеств кедровых орехов, дикой груши, винограда [6]. Среди фитобезоаров описываются диспиробезоары, которые формируются из хурмы, так как в данном фрукте высокое содержание смолистых и вязущих веществ, претерпевающих коагуляцию под действием желудочного сока и способствующих слипанию частей хурмы в плотную массу [7, 8]. Есть мнение, что образованию фитобезоаров в желудке способствуют операции на желудке [5].
3. Стибо (себо) безоары – безоары животного происхождения, образующиеся из животных жиров (баранье, говяжье, козье сало), которые в желудке кристаллизуются с образованием жировых камней [5].
4. Безоары органического происхождения – образуются в желудке при заглатывании столярной политуры: лаков, смол, гудрона, при минерализации сгустков крови

Представлен редкий случай СКТ диагностики гигантского трихобезоара желудка. Проведена 3D реконструкция (серая шкала). Безоар имел форму «8», с четким плотным контуром неоднородной структуры размером 5,38 x 9,19 x 21,75 см.

Ключевые слова: трихобезоар, СКТ диагностика, объемная реконструкция

в просвете желудка [6], при длительном заглатывании крови у больных гипертонией, системной красной волчанкой и др. [5]. Эти виды безоаров встречаются довольно редко.

5. Безоары эмбрионального происхождения – формируются из дермоидной кисты желудка. К этой же категории по данным литературы относят и мекониевые камни [6].

6. Полибезоары – безоары смешанного происхождения

В связи с редкостью этой патологии у взрослых и гигантскими размерами трихобезоара желудка, приводим наше наблюдение.

Больная Б., 27-и лет, была доставлена бригадой СМП в приемное отделение ППХ ГKB №4 23.09.16 с жалобами на умеренные боли в области мезогастрии слева, чувства тяжести в левом подреберье, тошноту, недомогание, общую слабость.

Считает себя больной в течение 7-и суток, когда появились вышеуказанные жалобы. Отмечает снижение веса. В связи с ухудшением состояния вызвала СМП. Доставлена в ППХ ГKB №4. Госпитализирована.

Семейный анамнез: не отягощен. **Эпидемиологический анамнез:** Вирусный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. **Эмоционально-нервно-психический анамнез:** Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергалась. **Вредные привычки:** Не курит, алкоголь не употребляет, наркотики не употребляет. **Гемотрансфузионный анамнез:** гемотрансфузии раньше не производились. В 2013 и в 2015гг. Кесарево сечение. **Аллергологический анамнез:** Аллергические реакции на пищевые продукты и лекарственные препараты отрицает.

При лабораторном исследовании выявлен умеренный лейкоцитоз и анемия, пиурия.

При ультразвуковом исследовании ОБП от 23.09.16: Объемное образование брюшной полости, киста? Умеренные диффузные изменения паренхимы печени. Признаки хронического холецистита, хронического пиелонефрита.

МСКТ проведена на аппарате Siemens Somatom Definition AS, толщина среза 1мм, шаг стола 1, с последующей мультипланарной и объемной реконструкцией изображения

При МСКТ исследовании: Печень обычно расположена, умеренно увеличена в размере, неоднородной структуры, плотность печени 59,4 едН. Желчный пузырь частично сокращён. В полости желудка 2 инородных тела, окруженные плотной капсулой, структура тел неоднородная за счет вкраплений газовых пузырьков. На некоторых срезах инородные тела неотделимы друг от друга,

создается впечатление о том, что имеется перетяжка в виде цифры 8, размером 5,38 x 9,19 x 21,75 см (рис 1,2). При объемной реконструкции оба безоара отделены друг от друга, четко видна их раздельная капсула и неоднородная структура. Селезенка не увеличена, содержит кальцинаты, плотность 32,0-502,4 едН, Поджелудочная железа без особенностей. Почки в типичном месте, паренхима не истончена, ЧЛС не расширена. Кишечник равномерно вздут с участками горизонтального уровня жидкости с наличием импрегнированных калловых масс в просвете ободочной кишки. Лимфоузлы в брюшной полости не увеличены, свободной жидкости в брюшной полости нет. Окружающая костная структура без особенностей.

Заключение: Инородные тела (трихобезоар) желудка

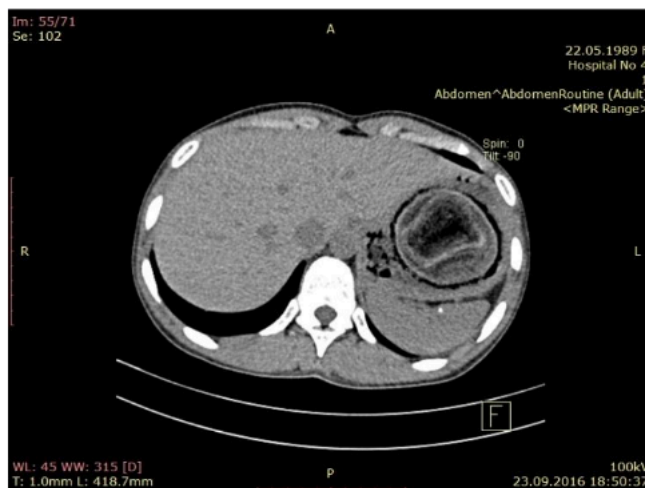


Рисунок 1 - Аксиальная плоскость. В просвете желудка определяется дополнительное образование – инородное тело в капсуле, неоднородной структуры



Рисунок 2 - MPR Фронтальная плоскость. В просвете желудка инородное тело с перетяжкой в плотной капсуле



Рисунок 3 - MPR сагиттальная плоскость. Инородное тело имеет форму «8» размерами 5,38 x 9,19 x 21,75 см, При постпроцессинговой обработке видно, что в полости желудка 2 инородных тела

НА ФГДС от 26.09.2016 обнаружено инородное тело желудка (безоар).

На операции из полости желудка удалено 2 трихобезоара, которые повторяли контуры желудка, размером 12,0x8,0; 10,0x7,0 см.

На МСКТ трихобезоары имели картину образования в капсуле с четкими плотными контурами, неоднородной структуры за счет пузырьков газа, что позволило отличить их от других типов безоаров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Лаврукова О. С., Антропова Е. С., Зигинова Т. М. Клинико-экспертный случай безоара желудочно-кишечного тракта // Фундаментальные исследования. – 2015. - №1. – С. 290-293.
- 2 Умешов А.У., Иманбаева М.Б Частный случай трихобезоара. // Вестник АГИУВ. - 2015. - №3. - С. 33-35.
- 3 Соботович Д. В., Колмаков С. А., Лиханов А. А. Гигантский трихобезоар желудка.//Сиб. мед. журн. – Иркутск: 2010. - №3. – С. 119-121.
- 4 Арабаджян В.А. и др. Безоары в хирургической практике.//Росс. мед. журн. – 1996. – №4. – С.51-53.
- 5 Щербинина М.Б. К вопросу об инородных телах желудка у человека // Гастроэнтерология. – 2003. - №4 (14). – С. 88-91.
- 6 Гулордава Ш.А., Кофкин А.С. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. – Таллин: Валгус, 1969. – 168 с.
- 7 Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни. – Казань: Изд-во Казанского университета, 1969. – 294 с.
- 8 Курыгина А. Безоары желудка и их осложнения. – М.:2006. – 246 с.
- 9 Бебуришвили А.Г., Мандриков В.В., Акинчиц А.Н. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: учебно-методическое пособие для врачей интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. – 33 с.
- 10 А.М. Шамсиев. Безоар желудка у ребенка // Детская хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51–52.
- 11 В.Г. Сапожников, В.А. Куликов, В.А. Шабалин, В.П. Белозеров. Возможности диагностики безоаров у детей.// Рос. пед. журнал. – 2001. – №4. – С.51–53.

¹Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, ¹Р.К. ДЖАНАБАЕВА, ²Н.Е. ЖАКСЫЛЫКОВА

¹ҚКА №4

²Қазақстан-Ресей медициналық университеті

АСҚАЗАННЫҢ АСА ЗОР ТРИХОБЕЗОАРДЫҢ СКТ ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ЖАҒДАЙЫ

Түйін: Бұл басылымда сирек кездесетін асқазанның аса зор трихобезоардың СКТ диагностикасы ұсынылған. 3D реконструкциясы жасалған (сұр шкаласы). Безоардың пішіні "8", сұлбасы анық тығыз, құрылымы біртекті емес, өлшемі 5,38 x 9,19 x 21,75 см.

Түйінді сөздер: трихобезоар, СКТ диагностикасы, көлемді реконструкция

¹R.N. SULEYMENOVA, ¹R.K. DZHANABAYEVA, ²N.E. ZHAKSYLYKOVA

¹CCH №4

²Kazakhstan-Russian medical university

CASE OF MSCT DIAGNOSTICS OF GIANTIC TRICHOBEZOAR IN STOMACH

Resume: The uncommon case of SCT diagnostics of giantic trichobezoar in stomach was reported in this article. The 3D reconstruction was made (gray scale). The bezoar had "8" form with well-circumscribed indurated boundary, inhomogenous structure with the size 5,38 x 9,19 x 21,75 cm.

Keywords: trichobezoar, SCT diagnostics, volumetric reconstruction

Р.Н. Сулейменова. Р.К. Джанабаева. Д.Ж. Шохаев, Ж.К. Адильбекова

Городская клиническая больница №4, г. Алматы

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

УДК 617.58:616-005.6

Ц

Ель: Изучить результативность ультразвуковой доплерографии в выявлении тромбозов вен нижних конечностей после оперативных вмешательств.

Актуальность: Тромбоз глубоких вен конечностей (ТГВ) в настоящее время представляет собой один из основных источников венозных тромбоэмболических осложнений. После разных оперативных вмешательств эта патология развивается в среднем у 29 % больных [Савельев В.С., 1999].

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что частота ТГВ в общей популяции ежегодно составляет около 160 на 100000 с частотой фатальной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) 60 на 100000 населения. Симптомы ТГВ появляются не сразу, а спустя какой-то промежуток времени. В ряде случаев первым и единственным проявлением ТГВ является ТЭЛА, которая, по сведениям ряда исследователей, встречается у 1,3 % больных и остается одной из основных причин смерти в раннем послеоперационном периоде (летальные исходы у 0,3-1,0 % оперированных).

Если больной переживает острый эпизод ТЭЛА, ему угрожает развитие тяжелой хронической гипертензии малого круга кровообращения с прогрессирующей сердечно-легочной недостаточностью. Распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза в долгосрочной перспективе ведет к формированию посттромбофлебической болезни, вплоть до развития трофических язв [Савельев В.С., 2001].

В настоящее время установлено, что патогенез тромботических поражений многокомпонентен и вовлекает кровь, сосудистую стенку и участки-мишени. Повреждения стенки сосудов относятся к первичным, затем следует активация тромбоцитов и высвобождение клеточных медиаторов, которые усиливают спазм сосудов и процесс коагуляции. К активации гемостатических процессов приводят венозная недостаточность, расстройства, связанные с плазмой крови, дефицит

Представлен анализ результатов обследования 1207 больных, находящихся на лечении в травматологических отделениях 4ГКБ г. Алматы с помощью ультразвуковой доплерографии. Среди обследованных случаи тромбоза выявились у 34 (3%) больных. Ультразвуковая диагностика может быть рекомендована как метод первого выбора для диагностики тромбоза сосудов нижних конечностей послеоперационных больных.

Ключевые слова: УДД, острый тромбоз вен нижних конечностей

фибринолитиков и дисбаланс регуляторных протеинов. Постхирургические травмы, воспаление и сепсис также ведут к активации гемостатических процессов, которые в свою очередь приводят к тромбозу вен, при этом первичным является образование тромбина [Чуриков Д.А., 2006].

На основании отсутствия воспалительных изменений в прилегающей к тромбу стенке вены выделяют флеботромбоз. Важнейшими морфологическими отличиями флеботромбоза служит отсутствие воспалительных изменений в стенке вены, непрочная связь с ней тромба и постоянное закрытие просвета. При флеботромбозе тромб возникает в неизменной вене в результате нарушения свертывающих свойств крови. Флеботромбоз принято называть эмбологенным тромбозом, учитывая его важнейшие морфологические особенности, или, что вернее, I стадией тромбофлебита. Понятно, что именно в этой стадии создаются наиболее благоприятные условия для развития эмболии. Формирование венозного тромба и его дальнейшая судьба зависят от характера поражения сосудистой стенки. При тромбофлебитах тромб обычно прочно фиксируется на сосудистой стенке, ретракция его замедлена. Такой тип тромбоза менее опасен в смысле эмболизации легочной

артерии. При тромбозе одним из основных механизмов осложнения может быть замедление венозного кровотока, тромб при этом первично локализуется в карманах венозных клапанов, т. е. в местах наибольшего застоя крови. Тромб обычно имеет прочную связь с сосудистой стенкой или совсем ее не имеет, быстрее сокращается, выделяя в сосудистое русло сыворотку, богатую тромбином, что способствует прогрессированию процесса тромбообразования и увеличению размеров тромба. Существует предположение, что эмболия при флеботромбозе вызывает усиление кровотока из коллатеральных сосудов. Этот вариант тромбоза протекает клинически в ранней стадии малосимптомно, и признаком его может быть динамическое уменьшение в крови свертывающих факторов. Последнее подчеркивает важность исследования гемостаза в динамике у больных с хроническими и острыми заболеваниями вен и недостаточностью кровообращения.

Контролировать опасность легочной эмболии у послеоперационных больных можно путем ранней диагностики венозного тромба и проведения активных лечебных мероприятий, направленных на предотвращение его прогрессирования, возможного отрыва и миграции в малый круг кровообращения.

Для практических целей обычно выделяют три степени риска послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений: низкую, умеренную и высокую.

Опасность таких осложнений диктует необходимость проведения профилактического лечения у всех этих больных в зависимости от степени риска их развития.

Профилактика послеоперационного венозного тромбоза позволяет надежно контролировать опасность тромбоэмболических осложнений и экономить значительные материальные средства.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 1207 больных в возрасте от 25 до 70 лет, после проведенных операции в отделениях травматологии 4ГКБ. Мужчин – 500 чел., женщин – 707 чел.

УЗДГ проводилось на универсальной установке класса MEDISON X8. Исследование проводилось

различными методами: В-режим, цветной, энергетический, импульсный доплер.

Результаты: Среди 1207 больных патологические изменения были обнаружены: у 200 (16%) больных выявлены варикозное расширение подкожных вен, 30 (2,5%) больных прооперированных по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей (состояние после сафеноэктомии), у 40 (3,3%) больных обнаружен ПТФС глубоких вен нижних конечностей, у 31 (2,6%) больных обнаружен острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, у 3 (0,3%) больных тромбофлебит подкожных и тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Тромбоз вен нижних конечностей после оперативных вмешательств был выявлен у 3 больных с варикозным расширением вен, у остальных патологии со стороны вен не наблюдалось.

УЗ картина тромбоза в 70% случаев характеризовалась тромбозом подвздошных и всех глубоких вен одной из н/к, в 20% тромбозом подколенной вены, в 10% тромбозом подкожных и глубоких вен.

Трудности были связаны с отеком мягких тканей, наличием послеоперационных повязок, гипсовых повязок, ожоговых поверхностей, послеоперационных ран, невозможностью обследовать больного в положении стоя в послеоперационный период.

УЗ диагностика использовалась как метод первого и единственного выбора. Другие виды обследования не применялись в связи со сложностью и трудоемкостью обследования, требующих введения контрастных веществ.

Ультразвуковая диагностика показала себя доступным, простым способом не требующей большого количества времени и затрат, позволяющей уже через несколько часов быстро и с высокой результативностью обследовать пациента после оперативных вмешательств. Это дало возможность своевременно и немедленно начать терапию.

В настоящее время ультразвуковая доплерография является методом первого выбора при исследованиях послеоперационных больных с целью исключения тромбоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Савельев В.С. Послеоперационные венозные тромбозэмболические осложнения: фатальная неизбежность или контролируемая опасность? // Хирургия. – 1999. - № 6. - С. 60–63.
- 2 Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2001. - 660 с.
- 3 Чуриков Д.А. Ультразвуковая диагностика болезней вен. – М.: 2006. – 239 с.
- 4 В. Цвибель. Дж.Пиллерито. Ультразвуковая исследования сосудов. – СПб.: 2008. – 329 с.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Д.Ж. ШОХАЕВ, Ж.К. АДІЛЬБЕКОВА
ЖАРАҚАТТАНҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІГІ КЕЗЕҢДЕГІ АЯҚТАРЫНЫҢ ВЕНАЛАРЫНЫҢ
УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ДОППЛЕРОГРАФИЯСЫ

Түйін: Ұсынылып отырған зерттеу аяқ веналарын ультрадыбыстық тексеру арқылы травматологиялық отадан кейінгі науқастарда аяқ веналарында жедел тромбозды анықтауға арналған. Зерттелген 1207 науқастың 34-де аяқ веналарының жедел тромбозы анықталды. Бұл арқылы аяқ веналарының ультрадыбыстық зерттеуі аяқ веналарында жедел тромбозды анықтауда ең тиімді әдісі болып табылады.

Түйінді сөздер: УДД, Аяқ веналарының жедел тромбозы.

R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANBAYEVA, D.ZH. SHOKHAYEV, ZH.K. ADILBEKOVA
DOPPLER ULTRASOUND VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES
IN TRAUMA PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Resume: This study focuses on ultrasound of the lower limbs in the postoperative period, trauma patients to avoid thrombosis. We analyze the results of the survey 1207 patients being treated in the trauma wards 4GKB Almaty. Ultrasound examinations were performed by the classical scheme in the universal installation MEDISON X8. Among the examined thrombosis revealed in 34 cases (3%) patients. Thus ultrasound diagnostics in identifying thrombosis of the lower extremities is the method of first choice.

Keywords: Doppler ultrasound, thrombosis of the lower limbs.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ҚАРҚЫНДЫ ТЕРАПИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE

Б.К. Сулейменов, Д.М. Ормахан, К.Ф. Исаметов., Б.Н. Алгашбаев, Е.С. Нуралиев

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова,
Городская клиническая больница №4 г. Алматы*

СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА, ПРИВОДЯЩИХ К ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

УДК 616.131-005.6/.7-056.48

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни за 2011-2015 гг для определения актуальности данной проблемы. Также проведен анализ результатов Аудита по ТЭЛА г. Алматы за 2011 – 2015гг.

Результаты исследования: ТЭЛА – большая проблема общественного здравоохранения. 12% ежегодных смертей в Европе следствие ТЭЛА. Коэффициент смертности у пациентов от острой ТЭЛА более 15% за 3 месяца, что превышает коэффициент от острого инфаркта миокарда (по данным Goldhaber et al, ICOPER study; Lancet 1999). *Факторы риска ВТЭ (Andersov F.Spencer F. Circulation, 2003)*

Хотя в Казахстане на первом месте по смертности находятся заболевания сердечно-сосудистой системы, и тут немаловажную роль играет именно ТЭЛА. Как показывает статистика последних лет, основывающихся на результатах патолого-анатомических вскрытий ТЭЛА является причиной 10% смертей в стационаре [9,10,11]. Это является доказательством того, что существенное количество случаев остается не диагностированными.

Как показывает практика, у более половины пациентов, находящихся в реанимационном отделении с явными симптомами ТЭЛА встречались тромбозы глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей. Более того, о существовании такого недуга около 45% случаях ни родственники больного, ни выздоровевшие пациенты даже не подозревали.

По нашим наблюдениям, более 80% тромбозов глубоких вен являются бессимптомными, т.е. можно говорить о наличии венозного тромбоза нижних конечностей, только после верификации у пациента ТЭЛА, что часто обнаруживается по результатам аутопсии [12].

На сегодняшнем этапе тромбоз глубоких вен (ТГВ) и ТЭЛА считается наиболее актуальной проблемой современной медицины, значение которой иногда недооценивается практикующими врачами [1-3]. Тромбоз глубоких вен является самостоятельным заболеванием органов грудной клетки, но представляет собой осложнение венозного тромбоза [4,5,6]. Иными словами, это окклюзия артериального русла легких тромботическими массами различного калибра, сформировавшимися в венах большого круга кровообращения, реже – в правом предсердии или в правом желудочке сердца. Однако ее распространенность среди причин смертности во всем мире после таких патологий сердечно-сосудистой системы, как ИБС и инсульта заставляет задуматься ученых всего мира на этой проблемой [7,8].

Ключевые слова: тромбоз глубоких вен, заболевания сердечно-сосудистой системы

Таким образом, тромбоз глубоких вен (ТГВ) и ТЭЛА являются составляющими единого патологического процесса, называемого венозным тромбозом (ВТЭ). Анализируя все существующие факторы, приводящие к ВТЭ, условно были разделены на 3 группы, в зависимости от значимости (высокого, среднего, умеренного риска).

К высокому риску относятся – перелом бедра и голени, замещение бедренного или коленного сустава (активно проводится в №4 ГКБ г. Алматы), обширное хирургическое вмешательство, обширная (сочетанная травма) травма, повреждение спинного мозга.

К средней степени риска можно отнести такие оперативные вмешательства, как артроскопическая

хирургия коленного сустава, катетеризация центральной вены (при проведении реанимационных мероприятии), тяжелые стадии сердечно-дыхательной недостаточности, сопровождавшиеся различными формами коагулопатии, больные, длительные время получавшие химиотерапию (онкологический профиль), злокачественные новообразования, состояние после перенесенного инсульта (паралич после инсульта), беременность, послеродовой период, заболевания крови (тромбофилия), предшествующая ВТЭ.

И наконец, к умеренной степени риска относятся пациенты, находящиеся в постельном режиме более 3-х дней (чаще реанимационные), длительное пребывание в сидячем положении, связанное с профессией, люди старческого возраста, пациенты, получавшие антикоагулянты (варфарин), пациенты после лапароскопического вмешательства, ожирение, варикозные вены.

На территории нашей республики лечение ТЭЛА в основном проводится врачами-реаниматологами. Также активным решением проблем венозных тромбозов, в том числе связанных с ТЭЛА, занимаются кафедры анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, НЦХ им. Сызганова, базирующихся в крупных клиниках г.Алматы (ГКБ №4, ГКБ №7, БСНП, НИИ им. Сызганова).

Проведение адекватной профилактики с учетом выявленных факторов позволит снизить риск смертности от данной патологии, улучшить статистические показатели смертности в РК, соответствовать мировым стандартам диагностики и лечения ТГВ и ТЭЛА. Наряду с этим, необходимо повысить уровень осведомленности пациентов по данной проблеме, личную ответственность пациентов. И наконец, специалистам первичного звена наибольшее внимание уделять геронтологическим пациентам, в связи с повышенной вероятностью возникновения ТЭЛА.

Выводы:

1. Низкая выявляемость больных с ТЭЛА объясняется недостаточной настороженностью к данной проблеме, что обуславливает необходимость повышения уровня знаний среди практикующих врачей медицинских организации.
2. Необходима разработка единого стандарта лечения и ведение (алгоритма) больных с ТЭЛА и стандартизация факторов риска и проведения профилактики тромбозов у пациентов терапевтического и хирургического профилей.
3. В связи с недостаточной информированностью населения о существовании проблем, связанных с тромбозом, варикозным расширением вен нижних конечностей возникает необходимость более активных методов обсуждения с населением (ч/з СМИ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Александр Дж.К. Тромбоэмболия легочной артерии: Руководство по медицине. Диагностика и терапия. – М.: Мир, 1997. – 460 с.
- 2 Руководство по управлению подозрением на острый легочный embolism. Британский грудной Standads общество помощи Комитета легочной эмболии. Руководство Development Group // Грудной клетки. - 2003. - №58 (6). – С. 470-483.
- 3 Ferrari E., Baudouy M., Cerboni P. Клиническая эпидемиология венозной тромбоэмболии. Результаты многоцентрового реестра французский // Eur. Сердце J. – 1997. - №18. – С. 685-691.
- 4 Гагарина Н.В., Сеницын В.Е., Веселова Т.Н., Терновой С.К. Современные методы диагностики тромбоэмболии легочной артерии // Кардиология. – 2003. - №5. – С. 77-81.
- 5 Хейт J.A. Легочная эмболия - Новые парадигмы в диагностике и терапии // Chest. - 2001. - №2. - Vol. 120. - P. 1556-1561.
- 6 Сигал J.B., Streiff M.B., Хоффман Л.В. и соавт. Управление венозной тромбоэмболии: систематический обзор на практике руководство // Ann. Междунар. Медицина. – 2007. - №146. – С. 211-222.
- 7 Kearon С. Зальцман Р.Б., Дж. Хирш Эпидемиологии, патогенеза, и естественная история венозного тромбоза. - Филадельфия, Пенсильвания: 2001. – С. 1153-1177.
- 8 Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни. Сердечно-сосудистая система. – М.: БИНОМ, 2007. – 856 с.
- 9 Снег В. А. Касим, Барри Р. и соавт. и Объединенной Американской академии семейных врачей / Американского Колледжа Врачей группы по глубокой венозных тромбозов / легочной эмболии. Управление венозной тромбоэмболии: клинической практике из Американского колледжа врачей и Американская Академия семейных врачей // Анналы внутренней медицины. - 2007. - №146 (3). – С. 204-210.
- 10 Tapson В.Ф. Острой тромбоэмболии легочной артерии // New England Journal. - 2008. - №358. – P. 1037-1052.
- 11 Доклад Целевой группы. Руководство по диагностике и лечению острой легочной

эмболии. Европейского общества кардиологов // Европ. Сердце J. - 2000. - №3. - Vol. 21. - P. 1301-1336.

12 Сигал J.B., Тамариз Ж.Ж., Обзор данных о диагностике тромбоза глубоких вен и эмболии легочной артерии // Анн. Фам. Медицина. - 2007. - №5. - С. 63-73.

Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.М. ОРМАХАН, М.М. СУЛТАН, К.Ф. ИСАМЕТОВ, Б.Н. АЛГАШБАЕВ, Е.С. НУРАЛИЕВ

*С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы,
№4 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

ӨКПЕ АРТЕРИЯЛАРЫНЫҢ ТРОМБОЭМБОЛИЯСЫНА ӘКЕЛІП СОҚТЫРАТЫН ФАКТОРЛАРЫ ЖҮЙЕЛЕУ

Түйін: Көк тамырлардың терең тромбозы және өкпе артерияларының трормбоэмболиясы қазіргі уақытта көк тамырдың тромбоэмболиясы деген ортақ атпен аталады. Осы жағдайларға әкеліп соқтыратын факторлардың барлығын сараптай келген кафедра қызметкерлері оларды жоғарғы, орташа және бәсең факторлар түрінде жүйеледі. Бұл жүйелеу тромбоэмболиялық асқынұлар кезінде үлкен маңызға ие.

Түйінді сөздер: тромбоэмболия, жүрек-тамыр жүйесі.

B.K. SULEIMENOV, D.M. ORMAKHAN, M.M. SULTAN, K.F. ISAMETOV, B.N. ALGASHBAEV, E.S. NURALIEV

*Department of Anesthesiology and Intensive Care KazNMU them. S.D. Asfendiyarov,
№4 City Clinical Hospital Almaty*

PULMONARY EMBOLISM: RISK FACTORS SYSTEMATIZATION

Resume: Deep vein thrombosis and pulmonary embolism are the components of a single pathological process called venous thromboembolism. Analyzing all existing factors leading to venous thromboembolism, employees of our department conducts research was conditionally divided into three groups, depending on the importance (high, medium, moderate risk).

Materials and Methods: A retrospective analysis of medical records for 2011-2015, to determine the seriousness of this problem. analysis of the results of the audit was also conducted by PE Almaty in 2011 - 2015.

Results: pulmonary embolism - a large public health problem. 12% of annual deaths in Europe, a result of pulmonary embolism. The mortality rate in patients of acute PE over 15% in 3 months, which exceeds the rate of acute myocardial infarction (according to Goldhaber et al, ICOPER study; Lancet 1999). Risk factors for VTE (Andersov F.Spencer F. Circulation, 2003)

While in Kazakhstan in the first place on mortality are diseases of the circulatory system and plays an important role here is PE. Statistics show that in recent years, based on the results of post-mortem autopsies of pulmonary embolism is the cause of 10% of deaths in a hospital [9,10,11]. This is proof that a substantial number of cases remain undiagnosed.

As practice shows, more than half of patients in the intensive care unit with obvious symptoms of pulmonary embolism thromboembolism occurred deep vein thrombosis (DVT) of the lower extremities. Moreover, the existence of such a disease about 45% of cases of the patient's relatives or recovered patients never knew existed.

According to our observations, more than 80% of deep venous thromboembolism are asymptomatic, ie, You can talk about the presence of venous thrombosis of the lower limbs, only after verification of the patient's pulmonary embolism, which is often found as a result of the autopsy [12].

Thus, deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism are the components of a single pathological process called venous thromboembolism (VTE). Analyzing all existing factors that lead to VTE, were conditionally divided into 3 groups, depending on the importance (high, medium, moderate risk).

For high risk include - fracture of the femur and tibia, hip replacement or knee replacement (actively carried out in CCH №4 Almaty), major surgery, extensive (combined trauma) trauma, spinal cord injury.

For moderate risk include such surgery is arthroscopic knee replacement surgery, catheterization of the central veins (for resuscitation), severe stage of cardio-respiratory failure, accompanied by various forms of coagulopathy, patients, long time to receive chemotherapy (Cancer Profile), malignant neoplasms, condition after stroke (paralysis after a stroke), pregnancy, postpartum, blood disorders (thrombophilia), prior VTE.

Finally, a moderate risk include patients in bed rest for more than 3 days (more often resuscitation), prolonged stay in a sitting position associated with the profession, people are elderly, patients receiving anticoagulants (warfarin), patients after laparoscopic surgery, obesity, varicose veins.

Keywords: thrombosis, cardiovascular system.

Б.К. Сулейменов, А.М. Шатаева, Н. Сериккызы, А.Н. Кудайбергенова, А.У. Сүйеркулова

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

² Городская клиническая больница г. Алматы №4

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТИТОМ

УДК 616.831-002

Методы и объекты исследования: местом проведения исследования является №4 Городская клиническая больница, отделения интенсивной терапии и реанимации. По статическим данным хирургического отделения №4 городской клинической больницы за 1 полугодие 2016 года по сравнению с первым полугодием прошлого года острый панкреатит увеличилось примерно на 32,3% и 28,7% случаях больные поступили в клинику с явными признаками панкреанекроза. Впоследствии все пациенты были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где им был оказан комплекс лечебных мероприятий согласно утвержденного стандарта клиники. В результате правильно подобранной тактики лечения все 14 пациентов с данной патологией были выписаны домой с улучшением, переданы специалистам хирургам поликлиник по месту жительства.

Нами был проведен сравнительный ретроспективный анализ историй болезней больных, получивших лечение за 1 полугодие 2015-2016гг. с диагнозом панкреатит, панкреанекроз. Всего через отделения реанимации прошли 26 больных, 12 из них в 2015г, а 14 пациентов пролечились в этом году. У 12-ти больных из них клинически и инструментально был подтвержден факт острого панкреанекроза. Средняя длительность нахождения пациентов в отделении составляла 2,5 суток. Состояние всех пациентов при переводе в профильное отделение было стабильным, переводились с клиническими и лабораторными улучшениями. 80% больных с данной патологией - мужчины и средний возраст пациентов – от до 55 - 57 лет. Практически у всех пациентов встречались сопутствующие заболевания в различных стадиях болезни.

Цель исследования: Изучить распространенность сопутствующих заболеваний у пациентов с панкреатитом в зависимости от возраста на основе анамнестических данных и по результатам

По литературным данным зарубежных и отечественных исследователей число больных с заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ) в последние годы прогрессивно возрастает [1,5]. Показатель числа зарегистрированных больных по нашей республике за последние годы тоже увеличился в среднем на 24,5%.

Ключевые слова: панкреатит, осложнения панкреатита

проведенных лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты исследования: Нами проведен анализ анамнестических данных и результаты лабораторно-инструментальных исследований. При этом учитывались и результаты скрининговых исследований проведенных в прикрепленных поликлиниках.

Наиболее часто встречающимися сопутствующими заболеваниями у данной категории больных являлись болезни сердечно-сосудистой системы (61,5%) в виде хронической ишемической болезни сердца, артериальной гипертонии, хронической анемии, перенесенных нарушений мозгового кровообращения (рисунок 1).

На втором месте среди всех сопутствующих заболеваний оказались хронические болезни верхних дыхательных путей (53,8%). При изучении распространенности заболеваний верхних дыхательных путей наиболее часто встречающимися патологиями оказались хронические обструктивные бронхиты в стадии ремиссии, бронхиальная астма, в 3-х случаях зарегистрировались внебольничные пневмонии различной этиологии, которые активно подверглись к лечению назначением антибиотиков (с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам).

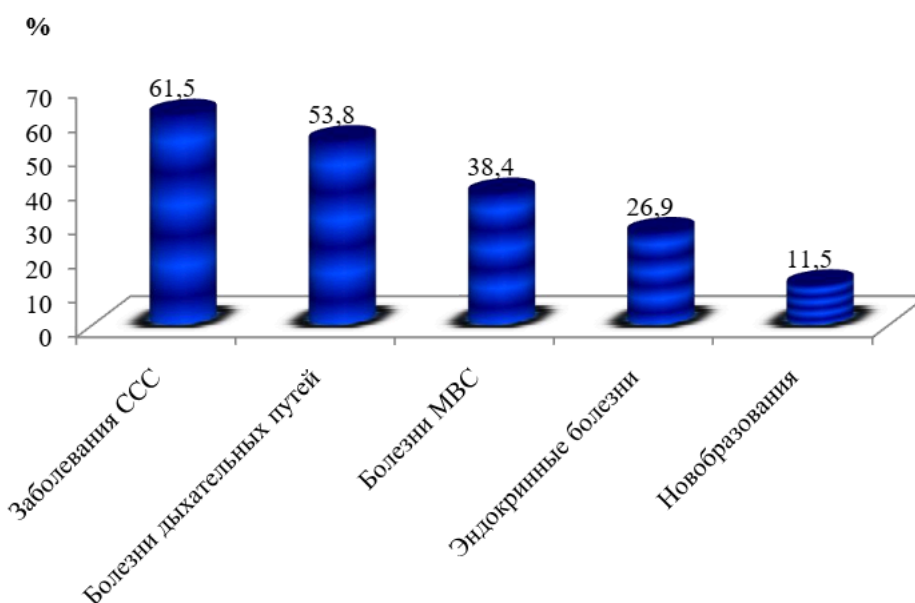


Рисунок 1 – Распространенность сопутствующих заболеваний среди обследованных лиц

Третье ранговое место среди всех заболеваний занимали болезни мочевыделительной системы (МВС), которые встречались в виде хронического пиелонефрита, мочекаменной болезни почек. В одном случае после УЗИ обследования обнаружена дисплазия правой почки неустановленной этиологии. Наряду с выше установленными патологиями у 7-ми пациентов зарегистрированы различные болезни эндокринной системы. Среди них преобладающее место (у 5 пациентов) занимал сахарный диабет различной стадии, у двоих пациентов были ранее

установленные болезни щитовидной железы (диффузно-токсический зоб).

Среди прочих сопутствующих патологий встречались и онкозаболевания различной локализации. У двоих пациентов было онкозаболевание молочной железы, у одного Сг – шейки матки. Все они состояли на Д-учете у онкологов и получали соответствующую химиотерапию по схеме.

Следующим направлением нашего исследования являлось изучение распространенности различных сопутствующих болезней среди разных возрастных групп (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика распространенности сопутствующих заболеваний по возрастным группам

Показатели	Заболевания ССС		Болезни дыхательных путей		Болезни МВС		Эндокринные болезни		Новообразования	
	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%	Кол-во	%
40-50 лет (1 группа)	4	15,8	2	7,6	1	3,8	-	-	-	-
50-60 лет (2 группа)	6	23	5	19,2	4	15,3	2	7,6	1	3,8
60 лет и старше (3 группа)	8	30,7	7	26,9	5	19,2	5	19,2	2	7,6
Всего	16	61,5	14	53,8	10	38,4	7	26,9	3	11,5

Как показано в таблице, частота распространенности сопутствующих заболеваний у пациентов с панкреатитом наблюдалась в более старшей возрастной группе, т.е. в группе лиц в возрасте от 60 и старше. Например, частота

встречаемости болезни ССС в данной группе составляет 30,7%, когда в группе от 50 до 60 лет данный показатель остался на уровне 23%, а в самой молодой возрастной группе от 40 до 50 лет частота распространенности болезни ССС оказалась

всего лишь на уровне 15,8%. По другим исследуемым нозологиям наблюдалась такая же закономерность среди всех возрастных групп.

Результаты физикальных и электрокардиографических исследований показали значительную распространенность у лиц 3-й группы (60 лет и старше) дистрофических изменений миокарда (5,1%). В данной группе частота миокардиодистрофии примерно в 2,2 раза превышала показатели первой (от 40 до 50 лет) и в 1,5 раза показатели второй возрастной (от 50 до 60 лет) группы (14,1±1,2 и 7,6±2,5%).

Из заболеваний органов дыхания у лиц 2-й и 3-й группы наиболее часто встречается хронический обструктивный бронхит (6,2±0,8% и 17,9±0,1% соответственно). Значительная распространенность этого заболевания имела место у пациентов, чьи профессии или специальности были связаны с повышенной запыленностью воздуха рабочих зон. Патологические изменения верхних дыхательных путей у первой группы также наблюдались чаще, чем в контрольной группе (42,6±2,5 и 25,7±4,3%). Среди отдельных видов патологий верхних дыхательных путей преобладали гипертрофические риниты, субатрофические ринофарингиты, хронические тонзиллиты с

частыми ангинами, хронические катаральные ларингиты.

Результаты углубленного наблюдения с применением ангиографических исследований позволили обнаружить у обследованных лиц наличие тромбозов глубоких вен нижних конечностей той или иной степени. Наиболее часто патологические изменения отмечались у больных из третьей группы (4,5±0,34), что превышало показатели второй группы в 1,7 раза, а количество лиц с данной патологией из третьей группы в 2 раза больше данных из второй группы.

Одной из распространенных форм патологии у пациентов с панкреатитом является повышение артериального давления (гипертонические кризы), частота которых у больных из третьей группы почти в 2 раза превышает данные первой и в 1,6 раза выше второй группы.

Таким образом, проведение анализа распространенности заболевания в различных возрастных группах с заболеваниями поджелудочной железы показало, что наиболее частые виды сопутствующих патологии встречались у лиц старше 60 лет по сравнению с данными других возрастных групп с заболеваниями поджелудочной железы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Казакова Е.А. Внутренний медицинский аудит на основе регистрации критических инцидентов в отделении анестезиологии многопрофильной клиники: авторефер. дисс. ... канд. мед.- М., 2007. – 39 с.
- 2 Зайцев А.Ю., Марков А.Г., Шахнарович В.М., Козлов С.П. Новый подход мониторинга психоэмоционального состояния пациентов в отделении анестезиологии многопрофильной клиники: автореферат дисс. ... канд. мед. - М., 2007. – 45 с.
- 3 Fettes G., Stoelwinder J, Myles P.S., McNeil J. Quality and safety indicators in anesthesia // Anesthesiology. – 2009. - №11. – P. 1158-1175.

Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, А.М. ШАТАЕВА, Н. СЕРИККЫЗЫ, А.Н. КУДАЙБЕРГЕНОВА, А.У. СУЙЕРКУЛОВА
*С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

ПАНКРЕАТИТИ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ СӘЙКЕСІНШЕ КӨП ТАРАЛҒАН АУРУЛАРДЫҢ АНАЛИЗИ

Түйін: Ұйқы безі ауруына шалдыққан әр түрлі жастағы науқастардың арасындағы қосымша аурулардың таралуын сараптау қорытындысы бұл аурулардың басым бөлігі 60тан асқан пациенттер арасында басым болып келетіндігін анықтап берді. Және де олардың арасында жүрек-қанайналу жүйесі ауруларының белсеңділікте болатындығын көрсетті.

Түйінді сөздер: панкреатит, панкреатит асқынулары.

B.K. SULEIMENOV, A.M. SHATAYEVA, N. SERIKKYZY, A.N. KUDAIBERGENOVA, A.U. SUYERKULOVA
*Department of Anesthesiology and Intensive Care KazNMU them. S.D. Asfendiyarov,
№4 City Clinical Hospital Almaty*

OVERVIEW OF THE PREVALENCE OF CONCOMITANT DISEASES IN PATIENTS WITH PANCREATITIS

Resume: Analysis of the prevalence of concomitant disease in different age groups from diseases of the pancreas showed that the most frequent types of comorbidity occurred in persons older than 60 years compared with those of other age groups with pancreatic diseases.

The methods and objects of study: the site of the research is №4 City Clinical Hospital, intensive care and resuscitation. In static data surgical department of city hospital №4 for the 1st half 2016 compared with the first half last year, acute pancreatitis increased by approximately 32.3% and 28.7% of cases, patients enrolled in the clinic with obvious signs pankreanekroza. Subsequently, all patients were hospitalized in the intensive care unit, where he was given a set of remedial measures in accordance with the approved standard clinic. As a result of properly chosen tactics of treatment, all 14 patients with this pathology were discharged home with the improvement, transferred skilled surgeons clinics in the community.

We performed a comparative retrospective analysis of case histories of patients who received treatment for H1 2015-2016. with the diagnosis of pancreatitis, pancreatic necrosis. Just a resuscitation department held 26 patients, 12 of them in 2015, and 14 patients were treated in the year. In 12 of these patients clinically and instrumentally fact was confirmed acute pankreanekroza. The average length of stay of patients in the department was 2.5 days. The status of all patients in the translation in the profile department was stable, translated to clinical and laboratory improvements. 80% of patients with this pathology - the men and the average age of patients - from 55 - 57 years. Virtually all patients met comorbidities in different stages of the disease.

Objective: To study the prevalence of comorbidities in patients with pancreatitis, depending on age, based on anamnestic data and the results of laboratory and instrumental studies.

Results: We analyzed the medical history data and the results of laboratory and instrumental investigations. At the same time we take into account and the results of the screening study conducted in clinics attached.

The most common comorbidities in these patients were diseases of the cardiovascular system (61.5%) in the form of chronic ischemic heart disease, hypertension, chronic anemia, carried cerebrovascular events (Figure 1).

In second place were the chronic diseases of the upper respiratory tract of all comorbidities (53.8%). In the study of the prevalence of respiratory diseases the most frequent pathologies were chronic obstructive bronchitis in remission, asthma, in 3 cases registered community-acquired pneumonia of different etiology, which are actively subjected to treatment assignment antibiotics (including the sensitivity of microorganisms to antibiotics).

The third place ranking among all diseases are diseases of the urinary system (MVS), which met in the form of chronic pyelonephritis, kidney stones kidney disease. In one case, after the ultrasound examination revealed dysplasia of the right kidney of unknown etiology. Along with the above defined abnormalities in 7 patients account various diseases of the endocrine system. Among them, the prevailing position (5 patients), diabetes held various stages, two patients had been previously established thyroid disease (diffuse toxic goiter).

Keywords: pancreatitis, complications pancreatitis.

Б.К. Сулейменов, М.С. Муратбеков, Д.М. Ормахан, М.М. Султан, Е.И. Джолдаспаев

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

² Городская клиническая больница №4

ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПОЛУЧЕНИЯ СЕАНСОВ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

УДК 616.831-008.918-005-092-036.// -078:615.835.3

Целью исследования явилось оценка и изучение динамики изменения внутричерепного давления у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу находящихся в неврологическом отделении Городской клинической больницы №4 г. Алматы.

Материалы и методы. Нами было проведен анализ динамики ВЧД во время 28 сеансов ГБО у 14 больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения по ишемическому типу.

Мужчин было 9, женщин – 5. Средний возраст больных составил 47,4±15,8 года. Угнетение уровня бодрствования по шкале комы Глазго (ШКГ) к началу ГБО – терапии соответствовало 4-6 баллам у 4 больных, 7-8 баллам 5 больных, 7-8 баллам у 4 больных, 9,9 - 10 баллам. У 6 пациентов выявили выраженный ангиоспазм по среднемозговым артериям (СМА). Всем больным ГБО-терапию начинали на раннем этапе заболеваний, т.е. 1-ые и 2-ые сутки от момента поступления в иейроинсультный центр ОАРИТ.

ГБО осуществляли при помощи реанимационной барокамеры Sechrist 2800 (США), оснащенный респиратором Sechrist – 500. Сеанс ГБО продолжительностью 40±10 мин проводили в режиме 1,2-1,6 абсолютных атмосфер (ата) (режим когда в барокамере превышает атмосферное давление на 0,2-0,6 атмосферы).

Противопоказаниями к применению ГБО явились нестабильность гемодинамики, требующие проведение непрерывной инфузионной поддержки симпатомиметиками, неконтролируемая внутричерепная гипертензия, нарушения легочного газообмена (наличие острого респираторного дистресс-синдрома) и наличие судорожного синдрома в анамнезе. Во время сеанса ГБО мониторировали неинвазивное АД, частоту и ритм сердечных сокращений, частоту дыхания (монитор).

Инвазивный мониторинг ВЧД проводили всем больным при помощи паренхиматозных датчиков. Для измерения ВЧД использовали паренхиматозные датчики Codman (США) или

Основными направлениями интенсивной терапии больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК) являются коррекция нарушенной гемодинамики, газообмена, способствования адекватного кислородного транспорта в первую очередь в ткани головного мозга [1]. Обеспечение пораженного мозга достаточным количеством кислорода является одной из основных задач лечения больных с ОНМК по ишемическому типу находящихся в критическом состоянии [2].

Для ликвидации кислородной задолженности ишемизированной ткани головного мозга с начало 60-х годов прошлого века стали применять метод лечения кислородом под повышенным давлением – гипербарическую оксигенацию (ГБО). При этом гипербарический кислород увеличивает напряжение кислорода в артериальной крови за счет увеличения его фракции, что приводит к нормализации метаболизма головного мозга, как следствие этого улучшается церебральная оксигенация, что приводит в конечном счете к уменьшению отека головного мозга [3]. Наряду с этим, на современном этапе несмотря на большой опыт применения ГБО в неврологии, в отделении реанимации и интенсивной терапии отсутствуют научные работы, направленные на изучение влияния ГБО на внутричерепное давление. Хотя в зарубежных публикациях последних лет встречается немногочисленные исследования, связанные с изменением внутричерепного давления под действием ГБО [4].

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, церебральная оксигенация

Spiegelberg (Германия). Измерение ВЧД проводили непосредственно перед началом сеанса ГБО после придания голове больного возвышенного на 30° положения и сразу же после окончания сеанса.

Для забора проб артериальной крови катетеризовали лучевую артерию. Контролировали газовый состав артериальной крови, оценивали напряжение кислорода (PO₂) и углекислоты (PCO₂) в артериальной крови. Исследование проб артериальной крови проводили в лаборатории (газоанализатор ABL-800).

Оценку внутригрупповых различий проводили при помощи критерия Вилкоксона, межгрупповых – при помощи критерия Манна-Уитни. Различия считали достоверными при уровне критерия значимости (p) менее 0,05. Данные представлены как $M \pm \sigma$ (M –

среднеарифметическая, σ – стандартное отклонение).

Результаты и обсуждение. При анализе полученных данных выяснили, что динамика ВЧД была различной. Во время 8 сеансов (29,6%) применение ГБО у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения сопровождалось повышением ВЧД, во время 14 (51,8%) сеансов ВЧД оставалось неизменным, а в 5 (18,6%) случаях наблюдалось снижение ВЧД (рисунок 1).

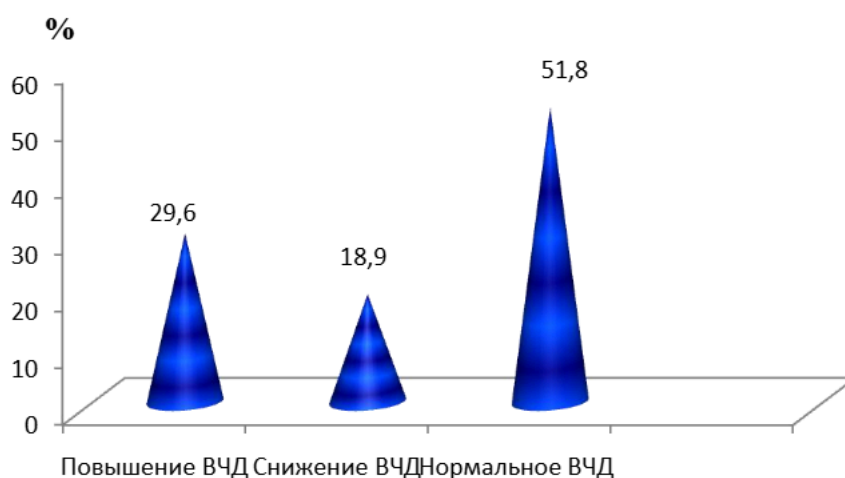


Рисунок 1 – динамика ВЧД во время получения ГБО у больных с острыми нарушениями головного мозга

Далее, обследованные пациенты были разделены на три группы по мере изменения значения ВЧД во время получения сеансов. Пациенты с повышением ВЧД составляло 1 группу, со снижением ВЧД вторую, у которых значения ВЧД во время получения сеансов ГБО оставались неизменными составили третью группу.

Повышение ВЧД во время сеанса от $15,3 \pm 2,0$ до $24 \pm 3,1$ сопровождалось увеличением среднего АД со $116 \pm 12,3$ до $131,2 \pm 15,7$, что показывало тесную корреляцию между выбранными показателями ($r=0,75$) у пациентов первой группы, т.е. у больных с повышением ВЧД во время проведения сеансов ГБО (таблица 1).

При снижении ВЧД показатели среднего АД сред существенно не изменялось (до $112,5 \pm 13,4$, после $113,7 \pm 13,1$). Тем самым у пациентов второй группы корреляция между изменениями АД сред и ВЧД была умеренной, что доказывает снижение внутричерепного давления во время церебральной оксигенации больных с ОНМК и существенно не влияет на уровень среднего АД пациентов.

У третьей группы больных существенных различий между изменениями уровня среднего артериального давления до и после сеансов (до $107,6 \pm 10,4$; после $108,1 \pm 11,2$) также не удалось обнаружить, что подтверждается умеренными корреляциями ($r=0,75$) между исследуемыми показателями.

Таблица 1 – Изменение исследуемых показателей у обследованных пациентов

	До ГБО			После ГБО		
	ВЧД	АД сред	раСО2	ВЧД	АД сред	раСО2
Первая группа	15,2±2,0	116,1±12,3	32,9±5,3	24±3,1	131,2±15,7	34,2±5,0
Вторая группа	17,2±2,7	112,5±13,4	33,7±5,5	15,4±1,9	113,7±13,1	34,8±6,1
Третья группа	16,4±3,1	107,6±10,4	31,5±4,7	16,2±3,0	108,1±11,2	32,1±4,8

Достаточно информативным показателем при проведении исследований, связанных с проведением ГБО явилось изменение показателя напряжения углекислоты в артериальной крови (раСО2) у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Результаты

проведения анализа показывают, что увеличение уровня напряжения артериальной крови у больных первой группы было также существенным по сравнению с данными других исследуемых групп ($p < 0,05$) (рисунок 2).

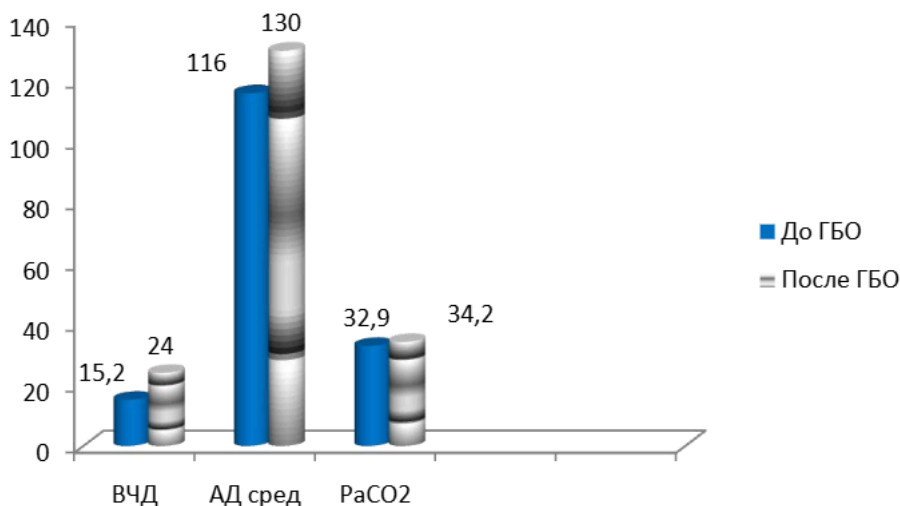


Рисунок 2 - Изменение исследуемых показателей у пациентов первой группы

У остальных пациентов из второй и третьей группы во время сеансов ГБО напряжение углекислого газа в артериальной крови не претерпело особых изменений (до 33,7±5,5; после 34,8±6,1 у второй группы, до 31,5±4,7; после 32,1±4,8 у пациентов третьей группы).

Полученные нами результаты согласуются с данными литературы, поскольку мы отмечали как повышение ВЧД во время сеанса, так и значительное его снижение. Важным результатом работы явилось выявление корреляции между повышением ВЧД, ростом параметров АД и напряжением углекислого газа артериальной крови во время проведения ГБО. Результаты исследования позволяют использовать наблюдение во время проведения сеансов ГБО пациентам с ОНМК не только за динамикой АД, но

и за изменениями параметров ВЧД и напряжением углекислого газа артериальной крови.

Выводы:

1. Применение ГБО при лечении больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения сопровождается повышением ВЧД в 29,6% случаях. Во время сеансов в 51,8% случаях ВЧД остается неизменным, а в 18,6 % случаях данный показатель снижается. Динамика ВЧД в большинстве случаев связано с изменениями уровня среднего артериального давления и мало связано с изменениями напряжением углекислого газа в артериальной крови больных с ОНМК.
2. Повышение ВЧД во время сеансов ГБО тесно коррелирует с динамикой АД. Увеличение АД во время сеансов ГБО свидетельствует о развитии внутричерепной гипертензии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аксельрод А.Ю., Ашурова Л.Д., Бажанов Н.Н. Руководство по гипербарической оксигенации (теория и практика клинического применения). – М.: Медицина, 1991. – 217 с.
- 2 Петровский Б.В., Ефунн С.Н. Основы гипербарической оксигенации. – М.: Медицина, 1976. – 208 с.
- 3 Крылов В.В., Петриков С.С., Белкин А.А. Лекции по нейрореанимации. – М.: Медицина, 2009. – 146 с.
- 4 Исаков Ю.В., Ромасенко М.В., Чуркин Е.А., Шелковский В.Н. Гипербарическая оксигенация в профилактике осложнений острого периода черепно-мозговой травмы: метод. рекомендации. – М.: 1991. – 269 с.

Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, М.С. МҰРАТБЕКОВ, Д.М. ОРМАХАН, М.М. СУЛТАН, Е.И. ДЖОЛДАСПАЕВ

*С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ анестезиология және реаниматология кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

МИДЫҢ ИШЕМИЯЛЫҚ ҚАНБҰЗЫЛЫСЫ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ГИПЕРБАРИЯЛЫҚ ОКСИГЕНАЦИЯ СЕАНСЫН АЛУ КЕЗІНДЕГІ БАССҮЙЕК ІШІНДЕГІ ҚЫСЫМНЫҢ ДИНАМИКАЛЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІН САРАПТАУ

Түйін: ГБО әдісін қолдану кезінде 29,6% жағдайда бассүйек іші қысымының артуы байқалған. Ал 51,8% жағдайда бассүйек іші қысымының деңгейі еш өзгеріссіз бірқалыпты жағдайын сақтап қалған болса, керісінше 18,6 % жағдайда бассүйек іші қысымының төмендеп кетуі тіркелінді. Сонымен қатар, жүргізілген зерттеулер нәтижесі бассүйек ішілік қысымның өзгерісі орташа қанқысымы өзгерісімен байланысты болса да, артериалық қан құрамындағы көміртегі мөлшерінің өзгерісімен еш байланысты емес екендігін көрсетті.

Түйінді сөздер: ми қанайналысының жіті бұзылуы, мидың оксигенациясы.

B.K. SULEIMENOV, M.S. MURATBEKOV, D.M. ORMAKHAN, M.M. SULTAN, E.I. DZHOLDASPAEV

*Department of Anesthesiology and Intensive Care
Asfendiyarov Kazakh National medical university
City Clinical Hospital №4*

A BRIEF REVIEW OF HYPERBARIC OXYGEN FOR STROKE REHABILITATION

Resume: The use of HBOT in the treatment of patients with acute ischemic stroke is accompanied by increased intracranial pressure in 29.6% cases. During sessions in 51.8% of cases, the ICP remains unchanged, and in 18.6% cases, this figure is reduced. ICP dynamics in most cases due to the average level of blood pressure changes and has little to do with changes in the carbon dioxide tension in the arterial blood of patients with stroke.

We present results of the assessment of the efficiency of hyperbaric oxygenation therapy in patients with cerebrovascular diseases.

The main areas of intensive care patients with acute cerebrovascular accident (CVA) are the correction of impaired hemodynamics, gas exchange, facilitating adequate oxygen transport primarily in brain tissue [1]. Ensuring the affected brain sufficient oxygen is one of the main objectives of the treatment of patients with ischemic stroke by being in critical condition [2].

To eliminate the oxygen debt ischemic brain tissue with the beginning of the 60s of the last century began to apply the method of treatment with oxygen under high pressure - hyperbaric oxygenation (HBO). Thus hyperbaric oxygen increases oxygen tension in the arterial blood by increasing the fraction thereof, which leads to the normalization of cerebral metabolism, as a consequence of cerebral oxygenation is improved, which leads ultimately to a reduction in the brain edema [3].

Along with this, at the present stage in spite of the wide experience of the use of HBOT in neurology, no scientific work in the intensive care unit, designed to study the effect of HBOT on intracranial pressure. Although foreign publications of recent years found few studies related to intracranial pressure changes under the influence of HBO [4]. The aim of the study was to assess and study the dynamics of changes in intracranial pressure in patients with acute cerebrovascular ischemic type are in the neurology department of City Clinical Hospital №4, Almaty.

Material and methods. We have analyzed the dynamics of intracranial pressure during 28 sessions of HBO in 14 patients with acute cerebral blood flow by ischemic type.

Keywords: acute cerebrovascular accident, cerebral oxygenation.

Б.К. Сулейменов, К.Ш. Емельжанов, С.К. Шокешов, Ж.Ж. Оспаналиева, М.А. Вейберова

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

² Городская клиническая больница №4

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДЛЕННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ

УДК 616.24-036.12.-16-08/53.8

М

Методы и материалы исследования:

Местом проведения исследования является №4 Городская клиническая больница, отделения интенсивной терапии и реанимации. Проведены сравнительный ретроспективный анализ истории болезней больных с получивших лечение за 1 полугодие 2016 года с диагнозом ХОБЛ.

Цель исследования: изучить эффективность применения продленной ИВЛ у больных находящихся в отделении реанимации с хроническим обструктивным бронхитом.

Результаты исследования: В отделении анестезиологии и реанимации Городской клинической больницы №4 г. Алматы за 9 месяцев 2016 года находились на лечении 8 больных с тяжелым течением хронического обструктивного бронхита, с клиникой острой дыхательной недостаточности 2-3 степени. 5 пациентов из обследованных были доставлены на машине скорой помощи, с тяжелыми приступами удушья, чувствами нехватки воздуха, помрачением сознания вплоть до сопорозного состояния. Остальные 3 пациента были переведены из терапевтического отделения, где принимали лечение соответствующие к утвержденному стандарту. Причиной для перевода в ОАРИТ также являлось нарастание симптомов дыхательной недостаточности, приводящие в первую очередь к гипоксическому поражению ЦНС, которые выражались нарушением сознания по ШКГ до 7-8 баллов.

Средний возраст больных составил 54 лет. Все пациенты находились с тяжелой дыхательной недостаточностью, по поводу чего им проводилась искусственная вентиляция легких. Наличие тяжелого обструктивного бронхита было подтверждено на основе анамнестических данных, на основе результатов лабораторно-инструментальных исследований. Практически у всех пациентов на рентгенографии органов грудной клетки имеются признаки хронического бронхита с наличием двухсторонней инфильтрации в легких. Несмотря на то, что все пациенты, госпитализированные в отделение реанимации,

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин смерти во всем мире, причем в отличие от большинства других заболеваний ее эпидемиологические показатели продолжают расти. Болезнь проявляется наряду с легочными существенными внелегочными проявлениями и серьезными сопутствующими заболеваниями, которые могут дополнительно отягощать течение ХОБЛ. Существующие сведения о распространенности ХОБЛ демонстрируют значительные расхождения, что обусловлено различиями в методах исследования, диагностических критериях и подходах к анализу данных. По данным здравоохранения РК, в 2012 г. распространенность ХОБЛ в нашей стране в среднем составляла 1610 случаев на 100 тыс. человек в год. Кроме того, значительное число случаев этого заболевания не диагностируется на ранних этапах. Учитывая социальную значимость болезни и ее высокую распространенность, изучение качества жизни при данной патологии представляется весьма актуальным.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, продленная респираторная поддержка

были почти сразу же переведены на ИВЛ с режимом ViPAP напряжения кислорода в артериальной крови всего составляло 90-92%. Наряду с этим у всех пациентов проводился мониторинг кровообращения в виде непрерывного измерения артериального давления с помощью кардиомонитора. Ежечасно проводился контроль ЦВД, контроль КЩС и газов крови, ЭКГ в 12 – отведениях в динамике. По показаниям проводился эхокардиография /ЭхоКГ/ с определением показателя фракции изгнания и сердечного выброса (СВ), проводилось измерение давления в легочной артерии, фракции.

Респираторная поддержка осуществлялась аппаратами «Savina-300» и «Carina» фирмы «Dräger»/Германия/, что имеется в отделении в достаточном количестве для оказания неотложной помощи.

Современные этиопатогенетические принципы лечения хронического обструктивного бронхита с частыми приступами острой дыхательной недостаточности включают в себя, в первую очередь, обеспечение адекватного газообмена с уменьшением работы дыхания потребления кислорода мышцами, участвующими в вентиляции легких. Этим требованиям отвечает ИВЛ с режимом по давлению ViPAP. Давление плато не превышало 30 см. вод.ст. Величина ДО составляла 6-8 мл/кг идеальной массы тела больного. Применение больших ДО приводит к перераздуванию альвеол, повреждению паренхимы легких, увеличению проницаемости легочных капилляров, их сдавлению с повреждением эндотелия, появлению медиаторов воспаления в легочной ткани. Это сопровождается освобождением интерлейкинов, вазоактивных веществ, прокогулянтов, гамма интерферона и тому подобных веществ с попаданием их в системный кровоток.

Величину минутного объема дыхания /МОД/подбирали до достижения приемлемого PaCO₂. Известно что показатель МОД связан с дыхательным объемом и частотой дыхания /ЧД/. Однако следует учитывать, что регулировка минутного объема дыхания за счет увеличения ЧД приводит к росту ауто-РЕЕР/положительного давления в конце выдоха/, возрастанию вентиляции мертвого пространства. Поэтому частоту дыхания после достижения приемлемого PaCO₂ максимально снижали.

Как известно, из работы ряда исследователей при хроническом обструктивном бронхите уменьшается синтез и секреция легочного сурфактанта. Альвеолоцитами 2 типа происходит изменение состава ЛС с уменьшением содержание отдельных фосфолипидов из-за снижения их количества и т.д,

При неправильно подобранном режиме продленной ИВЛ разрушается мономолекулярной слой легочного сурфактанта во время чередующихся компрессий и декомпрессий. Это сопровождается повышением поверхностного натяжения в легких. Происходящие патологические изменения в легких при неправильном применении ИВЛ способствуют не стабильности альвеол, а их разрушению, т.е. ускоряют процесс колибирования альвеол. Это приводит к уменьшению остаточной емкости легких.

Поэтому при применении длительной ИВЛ особое внимание было обращено на поддержание альвеол в расправленном состоянии. Как раз подбор значений положительного давления в конце выдоха /ПДКВ/соответствовал концепции поддержания легких в расправленном виде.

У всех больных при наличии величин PaO₂ - 100 мм.рт.ст и выше 40мл/см.вод.ст уменьшали FiO₂ пиковое давление на вдохе, величину инспираторного потока. Затем постепенно, пошагово больного переводили на SIMV режим ИВЛ, уменьшая концентрацию потока кислорода до 25%. При отсутствии каких-либо признаков гипоксемии, основанного на результатах КЩС, газового состава крови больного переводили на СРАР, а затем на самостоятельное дыхания с применением увлажненного кислорода через аппарат Боброва.

Выводы: У пациентов, длительное время страдающих хронической обструктивной болезнью легких, а также у взрослых с частыми приступами удушья применение продленной ИВЛ с правильно подобранным значением положительного давления в конце выдоха оправдано тем, что данный режим поддерживает альвеолы легких в течение длительного времени в расправленном состоянии, обеспечивая тем самым адекватную коррекцию нарушенной гемодинамики, газообмена, способствует адекватному транспорту кислорода в первую очередь в ткани головного мозга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Александер Дж.К.Тромбоэмболия легочной артерии: Руководство по медицине. Диагностика и терапия. – М.: Мир, 1997. – 460 с.
- 2 Ferrari E., Baudouy M., Cerboni P. Клиническая эпидемиология венозной тромбоэмболии. Результаты многоцентрового реестра французский // Eur. Сердце J. - 1997. - №18. – С. 685-691.
- 3 Гагарина Н.В., Синицын В.Е., Веселова Т.Н., Терновой С.К. Современные методы диагностики тромбоэмболии легочной артерии // Кардиология. - 2003. - №5. – С. 77-81.
- 4 Хейт J.A. Легочная эмболия - Новые парадигмы в диагностике и терапии // Chest. - 2001. - №2. - Vol. 120. - P. 1556-1561.

Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, К.Ш. ЕМЕЛЬЖАНОВ, С.К. ШОКЕШОВ, Ж.Ж. ОСПАНАЛИЕВА, М.А. ВЕЙБЕРОВА
*С.Ж Асфендияров атындағы КазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы,
 №4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

**ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТЫ ДЕРТІМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ
 БАРЫСЫНДАҒЫ ҰЗАҚҚА СОЗЫЛҒАН РЕСПИРАТОРЛЫҚ КӨМЕКТІ ҚОЛДАНУ ӘДІСІ**

Түйін: Ұзақ уақыт бойында обструктивты бронхиттің созылмалы түріне шалдыққан ауруларды бірнеше тәулікке созылған респираторлық көмектің тиімділігі дұрыс тағайындалған көрсеткіштер кезінде еселеп артатыны сөзсіз. Бұл тұста жасанды аппаратпен дем алып жатқан науқастардың алвеольдарын семіп қалуға жол бермеу үшін дем алу апаметрлерінің дұрыста, сол науқастың өкпе дем алысына қатысты икемді болуы өте маңызды.

Түйінді сөздер: Өкпенің созылмалы обструктивтік ауруы, ұзақ респираторлық қолдау.

B.K. SULEIMENOV, K.SH. EMELZHANOV, S.K. SHOKESHOV, J.J. OSPANALIEVA, M.A. VEIBEROVA
*Department of Anesthesiology and Intensive Care KazNMU by SD Asfendiyarov,
 City Clinical Hospital №4*

**EXPERIENCE IN THE USE OF PROLONGED VENTILATORY SUPPORT IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE
 (COPD)**

Resume: Obstructive pulmonary disease constitutes a major global health burden based on its high prevalence, exorbitant health-care costs, and significant mortality. Recent meta-analyses and large multi-national epidemiological surveys, that covered many regions world-wide and used established spirometric definitions, suggested that the prevalence of COPD has even been underestimated.

Despite the lower numbers of severe (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) III) and very severe COPD (GOLD IV) compared to milder forms, the advanced stages of the disease are requiring the by far largest proportion of health-care resources due to excessive hospitalization, exacerbation and mortality rates. Prognosis significantly worsens in case of additional respiratory failure occurring either chronically or temporarily during an acute exacerbation. Survival is particularly reduced when ventilatory support becomes necessary. These patients merit special consideration not only because of poor outcome and survival rates but also in view of several therapeutical options.

If applied in defined circumstances, these options can prolong life and/or improve functional capacity, symptoms, and health-related quality of life. It has to be taken in account, however, that these therapies by themselves can involve considerable health-care costs. Thus, they should be used in the most efficient, evidence-based manner. Based on these considerations the present review focuses on clinically and pathophysiologically important aspects of the two major modalities for the treatment of acute or chronic respiratory failure in COPD: mechanical ventilation and oxygen therapy. In patients for a long time suffering from chronic obstructive bronchitis, with frequent attacks of breathlessness use of prolonged mechanical ventilation with a properly chosen value of positive end-expiratory pressure is justified by the fact that the mode supports the alveoli of the lungs for a long time in the expanded state, thus providing the most adequate correction of hemodynamic instability, gas exchange, adequate oxygen transport contributes primarily in brain tissue.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, COPD. prolonged respiratory support. respiratory failure, mechanical ventilation, non-invasive ventilation long-term oxygen therapy, chronic hypercapnic respiratory failure, oxygen

Р.Т. Жусупова, Б.К. Сулейменов, К.Ш. Емельжанов, А.Н. Кудайбергенова,
А.У. Суйеркулова

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им. С.Д. Аспендиярова,

² Городская клиническая больница №4

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ОРИТ

УДК 616.24-036.12-06-08

Методы и материалы исследования: данная работа проведена в отделении реанимации №4 городской клинической больницы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 42 больных, прошедших через отделение реанимации в связи с хронической обструктивной болезнью легких. Все пациенты были распределены по возрасту, по полу и по тяжести состояния.

Цель исследования: изучение современного принципа лечения больных, находящихся в отделении реанимации с явлениями острой дыхательной недостаточности и разработка единого подхода лечения при данной патологии.

Результаты исследования: По этому заболеванию приведем клинический случай из практики в отделение ОАРИТ – ГКБ №4.

Больной Литвинов Е.К. 1957 г. р. История болезни №9584, поступил в стационар 26.09.2016 г. с диагнозом: Хронический обструктивный бронхит, смешанная форма, тяжелое течение. ДН 2 степени. Жалобы при поступлении одышка в покое, повышение температуры тела до 37,2 С, хриплость голоса, общая слабость.

Анамнез заболевания: Со слов пациента болеет в течение месяца. Месяц назад ощущал боль в горле, хриплость голоса и умеренная одышка. По настоянию дочери обратился в поликлинику по м/ж. Назначено антибиотики и бронхолитики. Сегодня утром состояние пациента ухудшилось, в виде нарастания вышеуказанных жалоб. Вызвали БСМП, был доставлен в приемное отделение ГКБ №4. Был осмотрен терапевтом, госпитализирован в отделение терапии.

Анамнез жизни: туберкулез, болезнь Боткина, кожно-венерологические заболевания отрицает. Вредные привычки: стаж курения 20 лет. Последние 6 месяцев за границу не выезжал. Оперативных вмешательств не было. Гематрансфузии не было.

Аллергоанамнез: аллергии на лекарства отрицает. Объективное состояние при поступлении: Состояние средней степени тяжести, за счет дыхательной недостаточности. Сознание ясное, адекватен, на вопросы отвечает. Кожные покровы обычной окраски, высыпаний нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Во всех отделах

Скорость прогрессирования дыхательной недостаточности, уровень качества жизни пациентов, прогноз и частота неблагоприятных исходов обструктивной болезни легких (ХОБЛ) находятся в прямой зависимости от тяжести и частоты обострений. В связи с этим, решающее значение имеет не только профилактика обострений, но и своевременное рациональное лечение возникающих на фоне хронического течения ХОБЛ острых эпизодов. Для определения адекватного объема терапии необходимо в первую очередь оценить степень тяжести обострения. В случаях обострения средней и тяжелой степени необходима госпитализация и лечение в отделении реанимации. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) - первичное хроническое воспалительное заболевание с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей, паренхимы легких и формированием эмфиземы. Оно характеризуется ограничением воздушного потока с развитием необратимой или частично обратимой бронхиальной обструкцией. Снижение проходимости дыхательных путей носит прогрессирующий характер и связано с воспалительным ответом легких на пылевые частицы или дым, табакокурение, загрязнение атмосферного воздуха.

ХОБЛ как самостоятельное понятие начала формироваться около 50 лет назад, чему способствовал исторический симпозиум Сiba (1959 г.). В решение этой проблемы большой вклад внесли Национальный институт здоровья США (С. Leffant), специалисты Американского торакального общества и Европейского респираторного общества.

ХОБЛ – это системная патология, она имеет прямую связь с развитием сахарного диабета, остеопороза, метаболического синдрома, ишемической болезни. Циркулирующие в крови воспалительные медиаторы не удерживаются только в респираторной зоне. Они разносятся по всему организму и способствуют развитию перечисленных сопутствующих патологий, тем самым резко ухудшая течение самой ХОБЛ. К сожалению, по Казахстану нет точных данных по числу больных ХОБЛ. По данным МЗ РК, в 2011 г. число больных ХОБЛ составило 30 тысяч человек, а по данным экспертов ВОЗ – около 500 тысяч человек. Такой разброс в количестве больных связан с тем, что у нас не существует национального регистра пациентов. Думаю, что последние цифры, которые просчитаны с учетом эпидемиологических маркеров, ближе к истине. Но главная проблема не в регистрации, а в диагностике ХОБЛ. Приведенные данные по России отображают эту проблему. Получается, в России должно быть 11 млн. больных ХОБЛ, а на деле она диагностирована у 1 млн человек. Между тем, остальные больные получают лечение в связи с различными другими диагнозами и/или обращаются к врачу в запущенной стадии. А больные с тяжелой стадией ХОБЛ – уже инвалиды. Ведение больных ХОБЛ – огромная нагрузка для бюджета страны, и не только нашей. В Европейском союзе общие прямые затраты на лечение болезней органов дыхания составляют около 6% всего бюджета здравоохранения, а затраты на лечение ХОБЛ составляют примерно 56% от этой цифры (38,6 млрд евро). То есть ХОБЛ как патология наносит огромный экономический ущерб мировой экономике. Для подсчета этого ущерба был введен показатель DALY – Disability Adjusted Life Year – дословно: «год жизни, измененный или потерянный в связи с нетрудоспособностью». Количество DALYs – сумма лет жизни, потерянных в связи с преждевременной смертностью и жизнью в состоянии нетрудоспособности с учетом тяжести инвалидизации. В 1990 г. ХОБЛ была 12-й причиной потерь DALYs в мире, составляя в общей структуре заболеваний 2,1%. Согласно прогнозам, к 2030 г. ХОБЛ по этому показателю будет занимать уже 7-е место. По Казахстану эта цифра составляет 1100–1350 лет на 100 тысяч населения, тогда как, к примеру, в Канаде число потерянных по нетрудоспособности лет составляет всего 110.

Ключевые слова: Хроническая обструктивная болезнь легких, дыхательная недостаточность, лечение в условиях палаты интенсивной терапии

легкого свистящие сухие хрипы. ЧДД - 25-27 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС - 87 в мин. АД - 140/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул оформленный, регулярный. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Лабораторно-диагностические исследования:

Общий анализ крови (25.09.2016): Гемоглобин - 162 г/л; Эритроциты - 5,4 ·10¹²/л; Лейкоциты - 20,1.

Общий анализ крови (28.09.2016): Гемоглобин - 187 г/л; Эритроциты - 5,7 ·10¹²/л; Лейкоциты - 12,8.

Биохимический анализ крови (28.09.2016): АЛТ - 14,0, АСТ- 24,0, Общий холестерин - 6,21, Глюкоза - 4,6, Общий билирубин - 4,9, креатинин - 90, мочевины - 6,1.

02.10.2016г. Общее состояние больного прогрессивно ухудшалось, нарастала дыхательная недостаточность (ДН 3 ст), в связи с чем, больной был переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии, на продленную ИВЛ и кардиомониторное наблюдение.

Инструментальные исследования:

ЭКГ от 02.10.2016 г.: ритм синусовая, правильная. Синусовая тахикардия ЧСС 120 в 1/мин. Отклонения ЭОС влево.

Рентгенография от 02.10.2016 г.: Признаки хронического бронхита. Бронхоскопия: М/а раствор лидокаина 2%-6,0 мл. Бронхоскоп введен через интубационную трубку. Трубка проходима, дистальный край на 2,0 см выше карины. Видимая часть трахеи гиперемированная, отечная. Карина острая. Осмотр бронхиального дерева с обеих сторон. В просвете содержимое вязкого слизистого секрета в большом количестве. Слизистая оболочка бронхов гиперемирована, отечная. Произведена санация раствором Лаваж 40 мл с последующей аспирацией.

Заключение: Двухсторонний эндобронхит. Санационная бронхоскопия.

У больного был взят посев крови и мокроты на стерильность и чувствительность к антибиотикам.

Консультация ЛОР врача: Данных за ЛОР патологии нет. Рекомендовано: МРТ гортани при выписки.

Врачебные назначения
Назначения
флуконазол 150 мг (1р. через д. №1)
фуросемид 2,0 в/в стр (1р. в д. №1)
преднизолон 90 мг в/в стр (1р. в д. №1)
эуфиллин 2,4 % 5,0 + дексаметазон 8 мг + физ.р-р 0,9% 20, 0 (3р.) ингаляции
амикацин 0,5 * 2р/д в/м с пробой (2р. в д. №4)
эуфиллин 2,4.5 + преднизолон 90 мг + физ.р-р 0,9% 200,0 в/в кап (1р. в д. №4)
клексан 0,4 п/к (2р. в д. №4)
хлорпирамин 2,0 в/м вечером (1р. в д. №3)
преднизолон 60,0 (3р. в д. №6)
цеф 3 1,0 * 2р/ д в/м (2р. в д. №7)
амбро 2,0 в/в стр (3р. в д. №6)
Вит С 10,0 + глюкоза 5% 200,0 в/в кап (1р. в д. №2)
Mg So4 10.0 мл + NaCl 200.0 мл в/в №1 (1р. в д. №1)

физ.р/р 200,0 + актовегин 1 гр в/в кап (2р. в д. №4)
Офло 100,0 в/в кап(3р. в д. №2)
Нексиум 40 мг в/в (2р. в д. №1)
Физ раствор 200,0 + эуфиллин 5,0 + преднизолон 30 мг + вит с 10,0 в/ в кап (2р. в д. №1)
Цеф 3 - 1 гр - в/в (3р. в д. №8)

Коагулограмма (03.10.2016): ПТИ – 99,2; фибриноген – 2,2; МНО – 1,04.

Общий анализ крови (03.10.2016): Гемоглобин - 146 г/л; Эритроциты - 5,0; Лейкоциты - 13,1; гематокрит – 0,44; тромбоциты – 191.

Биохимический анализ крови (03.10.2016): мочевины – 7,9; креатинин – 65; глюкоза – 5,7; АЛТ – 15,6; АСТ – 31,3; Общий белок – 66,4; общий билирубин – 10,3; Амилаза – 63,9.

Электролиты (03.10.2016): К – 4,1; Na – 133.

04.10.2016 г. Общее состояние больного после проведенной интенсивной бактериальной терапии с положительной динамикой. Больной в сознании, контакт вступает, команды выполняет, спонтанное дыхание через интубационную трубку и газы крови нормальные – больной был экстубирован при адекватном дыхании и полном сознании.

Биохимический анализ крови (05.10.2016): мочевины – 9,8; креатинин – 44; глюкоза – 6,8; АЛТ – 20,2; АСТ – 48,2; Общий белок – 51,9; общий билирубин – 6,2.

Общий анализ крови (05.10.2016): Гемоглобин - 130 г/л; Эритроциты – 4,5; Лейкоциты – 10,7.

Электролиты (05.10.2016): К – 3,9; Na – 145.

Общее состояние больного стабилизировалось – лейкоциты 20,1 – 10,7, температура тела 38,9 – 36,6, ЧДД - 30 в/мин и перевод на ИВЛ, после экстубации ЧДД 20 – 21 в 1/мин. Рентген за время

лечения без особенностей. В легких до лечения сухие – влажные хрипы ниже – боковых отделах с обеих сторон. После лечения единичные проводные сухие хрипы. Жалобы до лечения на трудность при дыхании и нехватку воздуха. После лечения жалоб не предъявляет. Больной был переведен в терапевтическое отделение для дальнейшего лечения и под наблюдение лечащего врача.

Выводы:

У больных с ХОБЛ проводится антибактериальная терапия по антибиотикограмме. При нарастании дыхательной недостаточности больные должны быть быстро переведены на продленную ИВЛ и кардиомониторное наблюдение. При нахождении больных на продленной ИВЛ проводит больным бронхоскопию, лаваж, и ингаляцию через небулайзер – антибиотиков, гормонов, бронхолитиков.

После перевода больных в профильное отделение необходимо продолжать антибактериальную и антикоагулянтную, антиагрегантную, гормональную, симптоматическую терапию. Получать в физио – терапевтическом отделении ингаляции массаж, УФО ротоглотки, ЛФК – дыхательная гимнастика и провести беседу с больными от отказа от вредных привычек.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мещерская Л.А. Социально-гигиеническая оценка качества работы скорой медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. – Новосибирск, 2005. – 15 с.
- 2 Михайлович В.А., Руксин В.В. Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Внезапная смерть // Скорая помощь. – 2006. - №1. – С. 59-65.

Р.Т. ЖУСУПОВА, Б.Қ. СУЛЕЙМЕНОВ, К.Ш. ЕМЕЛЬЖАНОВ, А.Н. КУДАЙБЕРГЕНОВА, А.У. СУЙЕРКУЛОВА
*С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы,
 №4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

**ЖАНСАҚТАУ БӨЛІМШЕСІНДЕ ӨКПЕНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ОБСТРУКТИВТІ ДЕРТІМЕН ЕМ ҚАБЫЛДАҒАН
 НАУҚАСТАРДЫ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІН ТАЛДАУ**

Түйін: Обструктивтік ауруы бар науқастарға антибиотикограмма бойынша антибактериалды терапия жүргізіледі. Тыныс алу жеткіліксіздігі бар емделушілер тез арада механикалық желдету және кардиомониторлық бақылауға ауыстырылуы тиіс. Науқас ұзақ уақыл ИВЛ да болса, науқасқа бронхоскопия, лаваж және небулайзер арқылы ингаляция жасалад –антибиотиктермен, гормондармен, бронхолитиктермен. Профильді бөлімшеге науқасты ауыстырылғаннан кейін де антибактериалды терапия және антикоагулянттық, гормоналды, симптоматикалық терапия жүргізіледі. Физиотерапиялық бөлімшеде ингаляциялық массаж алады, УФО ауызжұтқыншақ, ЛФК- тыныс алу гимнастикасы және науқастармен зиянды әдеттер туралы сұхбат жүргізіледі.

Түйінді сөздер: өкпенің созылмалы обструктивтік ауруы, тыныс алу жеткіліксіздігі, қарқынды терапия бөлімшесінде емдеу

R.T. ZHUSUPOVA, B.K. SULEIMENOV, K.S. EMELZHANOV, A.N. KUDAIBERGENOV, A.U. SUYERKULOVA
*Department of Anesthesiology and Intensive Care KazNMU them. SD Aspendiyarova,
 №4 City Clinical Hospital*

TREATMENT OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE UNDER INTENSIVE CARE UNIT

Resume: The rate of progression of respiratory failure, quality of patients life, prognosis and incidence of adverse outcomes obstructive pulmonary disease (COPD) are directly dependent on the severity and frequency of exacerbations. Therefore, crucial not only prevention of exacerbations, but efficient and timely treatment emergent flow against chronic COPD acute episodes. In order to determine an adequate level of care should first assess the severity of an exacerbation. In cases of acute moderate to severe requiring hospitalization and treatment in the intensive care unit.

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) - a primary chronic inflammatory disease with a primary lesion of the distal respiratory tract, lung parenchyma, and the formation of emphysema.

It is characterized by airflow limitation to the development of irreversible or partially reversible airflow obstruction. Reducing airway is progressive in nature and is associated with an inflammatory response of the lungs to dust particles or smoke, smoking, air pollution.

COPD as an independent concept began to take shape about 50 years ago, helped by a historical symposium Ciba (1959). The solution to this problem made a great contribution to the National Institute of Health (C. Lenfant), specialists of the American Thoracic Society and the European Respiratory Society.

COPD - is a systemic pathology, it has a direct link with the development of diabetes mellitus, osteoporosis, metabolic syndrome and coronary artery disease. blood circulating inflammatory mediators not only retained in the respiratory zone. They spread throughout the body and contribute to the development of these comorbidities, thus dramatically deteriorating for most COPD.

Unfortunately, in Kazakhstan there is no exact number of patients with COPD by data. According to MoH data, in 2011 the number of patients with COPD was 30 thousand people, and according to WHO experts - about 500 thousand people. Such a variation in the number of patients due to the fact that we have there is no national register of patients. I think that the latest figures are calculated taking into account the epidemiological markers, closer to the truth. But the main problem is not in the registration, and in the diagnosis of COPD. These data indicate Russia this problem. So, in Russia should be 11 million. COPD patients, but in fact she was diagnosed in 1 million people. Meanwhile, the rest of the patients received treatment for a variety of other diagnoses and / or contact a doctor at an advanced stage. But patients with severe stage of COPD - is already disabled. Management of patients with COPD - a huge burden for the state budget, and not just our own. In the European Union, the total direct cost of treating respiratory diseases account for about 6% of the total health budget, and for the treatment of COPD costs account for approximately 56% of this figure (38.6 billion euros). That is, as the pathology of COPD causes great economic damage

to the global economy. To calculate the damage was introduced indicator DALY - Disability Adjusted Life Year - literally, "a year of life, altered or lost due to disability." The number of DALYs - the sum of years of life lost due to premature mortality and life in a state of disability, taking into account the severity of disability. In 1990, COPD was the 12th cause of DALYs lost in the world, accounting for 2.1% in the general structure of diseases. It is projected that by 2030, COPD on this indicator will have to hold 7th place. In Kazakhstan this figure is 1100-1350 years per 100 thousand population, whereas, for example, in Canada, the number of years lost due to disability is only 110.

Methods and materials research: this work has been done in the intensive care unit department of CCH #4. We performed a retrospective analysis of medical records of 42 patients who passed through the emergency department due to chronic obstructive pulmonary disease. The patients were divided according to age, sex and severity of the condition.

Objective: to study the modern principle of treating patients in the emergency department with symptoms of acute respiratory failure and the development of a common approach of treatment for this disease.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease, respiratory failure, treatment in an intensive care unit

Б.К. Сулейменов, М.К. Байтурсинов, Г.К. Мечтова, К.Ш. Емельжанов, К.М. Сулейменов

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова,

² Городская клиническая больница № 4 г. Алматы

ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ

УДК 616.757.6:616-001

Ц

ель. Оптимизировать метод лечения больных с синдромом жировой эмболии в условиях отделения интенсивной терапии

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 18 пациентов с синдромом острой жировой эмболии в условиях отделения анестезиологии и реаниматологии и интенсивной терапии 4-ой городской больницы г. Алматы за 2015-2016 гг.

Результаты исследования: Исследование крови и биохимия. Жировая гиперглобулинемия может считаться патогномичным признаком СЖЭ. Однако, в ряде исследований, наличие жировых глобул было обнаружено в сыворотке крови более чем у 50% пациентов с переломами, которые не имели симптомов, указывающих на СЖЭ. Часто встречаются необъяснимая анемия (у 70% больных) и тромбоцитопения ($<150000/\text{мм}^3$ у 50% пациентов). Концентрация липидов в крови неинформативна для диагностики, поскольку уровень циркулирующих жиров не коррелирует со степенью тяжести синдрома. Возможны гипокальциемия (за счет связывания свободных жирных кислот и кальция), а также повышенный уровень липазы. Отклонения от нормы тестов коагуляции могут включать удлинение протромбинового и частичного тромбoplastинового времени, гипофибриногемию, повышение продуктов деградации фибриногена.

Исследование мочи. Необходимость определения наличия жировых глобул в моче для подтверждения диагноза не доказана. Газы артериальной крови показывают низкое парциальное давление кислорода ($\text{раO}_2 - 50 \text{ мм рт. ст.}$ или менее) и низкое парциальное давление, связанное с респираторным алкалозом (раCO_2).

Рентгенография грудной клетки при СЖЭ показывает картину «снежной бури». Рентгенологические признаки могут сохраняться до трех недель.

Компьютерная томография (КТ) грудной клетки. Как правило, видны утолщения междольковых перегородок. Могут отмечаться центродольные и субплевральные узелки вследствие альвеолярного

Актуальность проблемы состоит в том, что смертность в случаях возникновения жировой эмболии при травме остается высокой, от тяжелых осложнений травматической болезни погибает от 15 до 20% пострадавших с политравмой, при этом одним из этих осложнений является синдром жировой эмболии (СЖЭ). У пациентов с переломом одной длинной трубчатой кости вероятность развития синдрома составляет 1-3%, причем это число растет при увеличении количества переломов. При двухсторонних переломах бедренной кости СЖЭ выявляется в 33% случаев. Классическая триада СЖЭ включает респираторные проявления (95%), мозговые симптомы (60%) и петехии на коже (33%). Клиническая картина СЖЭ развивается как правило, после « светлого промежутка » продолжительностью от 12 до 72 ч после травмы. К большим критериям относятся: подмышечные или субконъюнктивальные петехии, гипоксемия ($\text{раO}_2 < 60 \text{ мм рт. ст.}$; фракционная концентрация O_2 во вдыхаемой газовой смеси $\text{FiO}_2 0,4$), нарушения центральной нервной системы, отек легких. Малыми критериями являются: тахикардия (более 110 в минуту), лихорадка (температура выше $38,5^\circ\text{C}$), эмболия в сетчатку глазного дна при фундоскопии, наличие жировых капель в моче, внезапное необъяснимое снижение гематокрита и тромбоцитов, повышение СОЭ, обнаружение жировых капель в мокроте. А.Ю. Пащук предложил балльный индекс СЖЭ. Каждому из симптомов он присвоил баллы: петехиальная сыпь имеет высший балл, а диффузная альвеолярная инфильтрация, гипоксемия, спутанность сознания, гипертермия, тахикардия и тахипноэ – меньшие баллы по мере постепенно уменьшающейся диагностической значимости. Для диагностики СЖЭ предложен широкий круг исследований, однако ни одно из них не обладает 100% специфичностью. Лабораторные и инструментальные исследования, как правило, проводятся для подтверждения клинического диагноза или для мониторинга терапии.

Ключевые слова: синдром жировой эмболии, лечение в условиях ОАРИТ

отека, микрокровоотечений и воспалительного ответа.

Электрокардиограмма (ЭКГ), как правило, остается без изменений, за исключением неспецифической

синусовой тахикардии. Тем не менее, неспецифические изменения сегмента ST-T и отклонение электрической оси вправо можно увидеть при молниеносных формах.

Приводим клиническое наблюдение:

Больной Абдрахманов М.Б., 1995 г.р., поступил 31.07.2016 г., выписан 28.08.2016 г. 29 к/дней

ДЗ: Закрытый косой перелом средней трети левой бедренной кости со смещением отломков. Жировая эмболия.

В анамнезе – простудные заболевания, аллергологический анамнез не отягощён. При поступлении состояние тяжёлое. В сознании. Бледен. ЧД 22 в минуту. В лёгких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены, тоны ритмичны, приглушены. PS=114 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 90/60 мм Hg. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги. Поколачивание поясничной области безболезненно с обеих сторон. Status localis: на коже левого бедра в средней трети рана до 2 см в диаметре по наружной поверхности, определяется патологическая подвижность в средней трети бедра. На рентгенограмме определяется оскольчатый перелом бедренной кости в средней трети со смещением отломков по ширине. В гемограмме: RBC $3,75 \cdot 10^{12}$; Hgb 122 г/л; Hct=0,45; WBC $14,5 \cdot 10^9$; формула: палочкоядерные 0,13, сегментоядерные 0,80, лимфоциты 0,07; СОЭ 12 мм/ч.

Общий анализ мочи без особенностей. Биохимические показатели без отклонений от нормы. После предоперационной подготовки, включающей продолжение корректной аналгезии с использованием наркотических анальгетиков, антибактериальную и инфузионную терапию с использованием глюкозированных растворов, кристаллоидов и декстранов в соотношении 1:2:1. Проводился погружной металлоостеосинтез, проводилась антибактериальная терапия, корректная аналгезия, инфузионная терапия с использованием поливалентных ингибиторов протеаз, липостабила, коррекция реологии крови низкомолекулярными гепаринами, глобулярный объём корригировался эритроцитарной массой, проводилась интравенозная лазерная квантовая фотомодификация крови. После стабилизации состояния больного осуществлено отлучение пациента от респиратора, гемодинамика стабильна, имевшая место ранее азотемия исчезла, биохимические показатели в пределах нормы, в общем анализе мочи капельки жира больше не обнаруживаются, дальнейшее лечение осуществлялось в травматологическом отделении. В удовлетворительном состоянии выписан домой.

В данном случае имела место церебральная форма жировой эмболии, благополучно купированная.

Схема лечения жировой эмболии. Немало исследователей высказывается в пользу раннего остеосинтеза, в то время как роль системных стероидов, гепарина и других методик остается предметом дискуссии (Muller et al., 1994).

Некоторое снижение встречаемости жировой эмболии Ten Duis (1997) связывает с изменением тактики клинического ведения пострадавших. Во-первых, в большинстве развитых стран в конце 60-х и начале 70-х г. этого века техника лечения переломов длинных трубчатых костей изменилась с консервативной на оперативную. Ранняя открытая репозиция и остеосинтез достоверно снижали риск развития тяжелых общих осложнений, таких как синдром жировой эмболии, респираторный дистресс-синдром взрослых, полиорганная недостаточность. Во-вторых, больше внимания стали уделять противошоковым мероприятиям на месте происшествия, в процессе транспортировки и особенно в стационаре, что обнаружено наличие связи между СЖЭ и гиповолемическим шоком (Ten Duis 1997).

Иммобилизацию перелома на месте происшествия, щадящую транспортировку в стационар, исключение необязательных хирургических манипуляций на поврежденной конечности. При закрытых переломах производили предварительную пункцию и отсасывания гематомы введением 20-40мл 2-5% раствор новокаина. Считали выведение больного из шока превентивным мероприятием по сравнению с жировой эмболией. Использовали первичную хирургическую обработку, гипсовую иммобилизацию и скелетное вытяжение, при оперативном вмешательстве проводили тщательный гемостаз и удаляли жир из раны. Была подчеркнута ошибочность мнения о том, что жировая эмболия развивается после остеосинтеза. Особое внимание необходимо обратить на медленное введение всех металлических фиксаторов, независимо от их формы и конструктивных особенностей, предварительно удаляя жир из костномозгового канала.

Предостерегали от применения эфирного или тиопенталового наркоза, ссылаясь на данные Wehner (1968) относительно увеличения жировых капель в плазме и их агрегации при этих видах обезболивания.

Всем пострадавшим, особенно при множественных переломах в первые 3-4 суток рекомендовали внутривенно вводить липостабил по 20 мл. дважды в день. Эту дозу увеличивали вначале внутривенно 40мл, а затем ежедневно из расчета 1,5 мл/кг массы тела при минимальной дозе 80мл/сутки (по 20мл 4раза в день). Назначение в

профилактических целях липостабила в массивных дозах, но с большим интервалом рассматривали как неоправданное.

Гепарин внутривенно по 2000 ед каждые 4 часа, ингибиторы протеаз (трисолол, контрикал, гордокс) по 1-2 млн КИЕ. На самых ранних этапах заболевания вводили 25% альбумина (200мл) внутривенно, а в тяжелых случаях повторно. Оксигенотерапия при выраженных нарушениях дыхания - перевод больного на ИВЛ.

При жировой эмболии необходима целенаправленная и по возможности ранняя коррекция тромбгеморрагических и микроциркуляторных нарушений. Она должна проводиться в обязательном порядке всем больным со средней и тяжелой формами травматической болезни на протяжении всей стадии адаптации (первые 7-10 дней), что позволяет предотвратить клинически явную жировую эмболию или уменьшить ее тяжесть. Авторы рекомендовали к широкому применению методы квантовой гемотерапии – ультрафиолетовое облучение аутокрови и внутрисосудистое лазерное облучение крови.

Следующим основным моментом является:

- адекватная анестезия и анальгезия, инфузионно-трансфузионная терапия в режиме умеренной гемодилуции
- гепарин в малых дозах (5тыс ед п/к в окологрудную область 4раза в сутки)
- курантил (100мг в сутки) + реополиглюкин (400мл в сутки) + аспирин (20-40мг в сутки)
- липостабил или эссенциале (по 40-80мл ежедневно).

Профилактикой ЖЭ является первая помощь при переломах, сломанная конечность должна быть осторожно обследована и правильно шинирована: пациент бережно транспортирован. Открытая репозиция и внутренняя фиксация по сравнению с консервативным лечением. Частота синдрома жировой эмболии нарастала, если остеосинтез откладывали. Применение альбумина уменьшалось опасность возникновения данного осложнения у пациентов со множественными повреждениями связыванием свободных жирных кислот.

Респираторная поддержка абсолютным большинством авторов признана главным условием лечения синдрома жировой эмболии. Ранее и частое мониторирование дыхательной функции пульсооксиметрий или определением газа артериальной крови способствует его ранней диагностики. И могут варьироваться от ингаляции кислорода до механической вентиляции. Выполнение рекомендаций Pelter (1988) о необходимости немедленного применения (до 40%) кислорода через лицевую маску или носовые

катетер всем пациентам с серьезными переломами способно нормализовать ситуацию ряде случаев.

Профилактика и лечение жировой эмболии.

Хирургические методы. Ранняя оперативная стабилизация переломов у больных высокой группы риска, является важнейшим аспектом в лечении и профилактике развития ЖЭ. Скелетное вытяжение не обеспечивает должной стабильности отломков, поэтому оптимальным лечением переломов длинных трубчатых костей, особенно при сочетанных травмах, является хирургическая фиксация. В настоящее время наиболее часто применяется чрескостный спицевой остеосинтез спицестержневыми аппаратами. Он малотравматичен, кровопотеря во время операции минимальна. Ряд авторов отдает предпочтение интрамедуллярному остеосинтезу штифтом. Однако этот вид остеосинтеза, особенно выполняемый с рассверливанием костномозгового канала, сопровождается значительным повыше. Жировая глобула в сыворотке капиллярной крови. Гигантская жировая глобула (1800 мкм) в сыворотке артериальной крови. Жировая глобула в сыворотке венозной крови. Помощь практикующему врачу интрамедуллярного давления, поэтому чаще рекомендуется к проведению в отсроченном порядке.

Медикаментозное лечение. К сожалению, до настоящего времени средств эффективной медикаментозной профилактики и лечения ЖЭ не предложено, поэтому лечебные мероприятия должны быть направлены на купирование основных клинических проявлений травмы или заболевания: кровопотеря, гиповолемия, шок, коагулопатия, ОДН и другие. Восполнение ОЦК и коррекция водноэлектролитного баланса проводится в зависимости от вида дисгидрии с использованием коллоидных и кристаллоидных растворов. Правильный подбор инфузионной и реологической терапии, устраняющий спазм периферических сосудов способствует снижению риска реперфузионных осложнений, являющихся важным патогенетическим звеном ЖЭ. При отсутствии феномена «капиллярной утечки» и нормальных показателях проницаемости легочных сосудов, определяемых методом трансторакальной термодилуции с применением технологии Pisco+, рекомендуется использование альбумина, который способен связывать жирные кислоты и тем самым снижать степень глобулемии. Ряд авторов рекомендует к применению антикоагулянты, в частности, гепарин который наряду с антикоагулянтными и дезагрегантными свойствами обладает способностью активировать липопротеиды плазмы и ускорять ферментативные реакции гидролиза триглицеридов, помогая таким образом очищению легких от жировых глобул.

Большое значение в профилактике и лечении имеет многоуровневая, дифференцированная в зависимости от вида травмы анальгезия. Адекватное обезболивание снижает гиперкатехоламинемия, а значит и концентрацию свободных жирных кислот. Применение наркотических анальгетиков, длительная эпидуральная, ретроплевральная блокады после коррекции гиповолемии, проводниковое обезболивание конечностей, также нормализует микроциркуляцию. Медикаментозная терапия гипоксии мозга, борьба с патологической импульсацией включает антигипоксантами (ГОМК), опиаты, барбитураты. Имеется достаточно данных о применении кортикостероидов при ЖЭ, основанных на их способности стабилизировать клеточные мембраны, ингибировать нейтрофильный ответ на жирные кислоты, угнетать высвобождение фосфолипазы А₂, арахидоновой кислоты и агрегацию тромбоцитов.

В настоящее время использование кортикостероидов для лечения и профилактики ЖЭ ставится под сомнение. В последние годы появилось много публикаций о применении обменного плазмафереза при лечении ЖЭ. Операции обменного плазмафереза нормализуют гемодинамические показатели, реологические свойства крови, свёртывающую систему, морфологический, биохимический и электролитный состав крови. Основными показаниями к проведению обменного плазмафереза при травматической жировой эмболии являются: прогрессирующее ухудшение состояния, нарушение жизненно важных функций организма, повышение активности кининовой системы, изменения со стороны показателей липидного обмена, иммунного статуса и неэффективность проводимой интенсивной терапии. Противопоказаниями являются: агональное состояние, выраженная сердечно-легочная недостаточность, тяжёлые сопутствующие заболевания.

В связи с тем, что главным органом мишенью при ЖЭ являются легкие, важное значение имеет проведение респираторной терапии. Это одно из немногих лечебных воздействий, имеющих высокую степень доказательности эффективности при лечении ЖЭ. При легких случаях ЖЭ возможно проведение ингаляций с использованием маски и высоким потоком подачи кислорода. При прогрессировании дыхательной недостаточности применяется масочная СРАР, а при ее неэффективности, требуется интубация трахеи и проведение ИВЛ. Подбор режимов ИВЛ должен осуществляться индивидуально, в соответствии с показателями газообмена и биомеханических свойств легких. К препаратам для специфической профилактики и лечения ЖЭ, направленным на

снижение концентрации в крови жировых глобул, относят липостабил и эссенциале, действие которых направлено на восстановление растворения дезэмульгированного жира в крови.

Эти препараты рекомендуются к использованию практически всеми отечественными авторами. Однако в исследованиях с созданием экспериментальной ЖЭ, использование раствора Эссенциале Н не оказало профилактического и терапевтического эффекта. Известно, что у больных, получивших травму, находясь в состоянии алкогольного опьянения, ЖЭ возникает значительно реже или протекает в легкой или среднетяжелой форме, так как спирт способен ингибировать сывороточную липазу, являясь при этом хорошим эмульгатором, а также обладает антикетогенным, седативным и анальгезирующим действиями. На этом основано внутривенное введение 5% этилового спирта в 5% растворе глюкозы с целью профилактики и лечения ЖЭ. В экспериментах на крысах доказано, что раствор 5% этилового спирта является эффективным средством профилактики и лечения экспериментальной ЖЭ.

В последнее десятилетие появились публикации, свидетельствующие об эффективности использования перфторана при ЖЭ. Показано, что раннее применение перфторана в комплексном лечении больных с тяжелой травмой и кровопотерей способствует оптимизации параметров центральной гемодинамики и кислородного статуса. Кроме того, наличие в составе перфторана эмульгатора проксанол может способствовать уменьшению размера жировых глобул. Доказана также его способность связывать липиды, которые составляют основу жировых глобул. Эти свойства перфторана позволяют отнести его к специфическим средствам лечения ЖЭ.

Применение перфторана для лечения ЖЭ сопровождается увеличением доли легких степеней поражения ткани легких жировыми эмболами и значимым уменьшением количества тяжелых случаев ЖЭ. Имеются данные о профилактическом эффекте препарата Гепасол А, снижающего риск развития жировой глобулемии во время операции и в послеоперационном периоде. Препарат Гепасол А стабилизирует липидный обмен и снижает активность перекисного окисления липидов. Тем не менее, не получено убедительных доказательств улучшения результатов лечения ЖЭ при его применении.

В последнее время появляются данные о профилактическом эффекте гипохлорита натрия, который вызывает окисление липидных компонентов жировой глобулы, образование их водорастворимых форм, что приводит к

деструкции самой капли жира и снижению выраженности жировой глобулемии.

Выводы. Таким образом, становится очевидной сложность и актуальность проблемы жировой эмболии, а летальность от этого осложнения остается высокой. До сих пор отсутствует единство взглядов на патогенез, профилактику и лечение ЖЭ. Особую сложность представляет собой ранняя диагностика ЖЭ, в связи с отсутствием четкой клинической картины и патогномоничных симптомов, а лабораторная диагностика малоспецифична.

Жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и может возникнуть при любом

критическом состоянии. Схемы профилактики и лечения у разных авторов различаются. Исходя из этого, необходимо выделить следующие направления научно-практического поиска:

- разработка прогностических критериев развития тяжелых форм ЖЭ;
- разработка новых направлений для профилактики тяжелых форм ЖЭ;
- разработка алгоритма диагностики и лечения ЖЭ;
- индивидуализация (персонификация) диагностических и лечебных критериев ЖЭ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Корников Н.В. Кустов В.М. Жировая эмболия. – СПб.: Изд-во «Морсар», 2001. – 248 с.
- 2 М.М. Габдуллин, Н.Н. Митракова, А.А. Роженцов, А.В. Коптина, Р.Г. Гатиатулин Синдром жировой эмболии // Современные технологии в медицине. - Нижний Новгород: НижГМА Росздрава, 2012. - №1. – С. 55-62.
- 3 Штейнле А.В. Синдром жировой эмболии (аналитический обзор)// Сибирский медицинский журнал. – 2009. - №2. – С. 95-101.
- 4 Зайцева К.К., Комар Ю.А. Жировая эмболия легких после множественных травм. – М.: Медицина, 2007. – 327 с.
- 5 Залмовер А.И., Соколов Ю.А., Денищук А.Ю. Диагностика и лечение синдрома жировой эмболии // Военная медицина. – 2012. - №3. – С. 22-25.
- 6 A. Gupta, C.S. Reilly Fat Embolism // Cont Edu Anaesth Crit Care & Pain. – 2007.- №7. – P. 203-208.
- 7 S. Jain, M. Mittal, A. Kansal, P.R. Kolar, R. Saigal Fat embolism syndrome // Journal of the Association of Physicians of India. -2008.-56(4). – P. 329-336.
- 8 S.J. Kao, D.Y. Yeh, H.I. Chen Clinical and pathological features of fat embolism with acute respiratory distress syndrome // Clin Sci. – London: 2007. - №7. – P. 88-94.

Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.М. ОРМАХАН, К.Ф. ИСАМЕТОВ., Б.Н. АЛГАШБАЕВ, Е.С. НУРАЛИЕВ
*С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы,
 №4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

ЖАРАҚАТ БӨЛІМІНДЕГІ МАЙЛЫ ЭМБОЛИЯ

Түйін: Әртүрлі әдістермен емделген сүйек-бұлшық ет жүйесінің зақымдануы бар науқастардағы майлы эмболия синдромының (МЭС) ағымы талданды. МЭС даму қауіпі бар науқастарға сынықтарды ерте тұрақтандыру және сүйектен тыс остеосинтез әдісін пайдаланудың қажеттілігі негізделді.

Түйінді сөздер: майлы эмболия синдромы, қарқынды терапия жағдайында емдеу

M.K. BAITURSINOV, B.K. SULEIMENOV, G.K. MECHTOVA, K.S. EMELZHANOV, K.M. SULEIMENOV
*Department of Anesthesiology and Intensive Care Asfendiyarov KazNMU,
 №4 City Clinical Hospital Almaty*

FAT EMBOLISM IN TRAUMATOLOGY

Resume: The paper analyzes the clinical course of fat embolism syndrome (FES) in patients with injuries of the musculoskeletal system, treated with different methods. The necessity of an early stabilization of fractures and the priority method of transosseous osteosynthesis in patients at risk for FES were proved.

Keywords: fat embolism syndrome, treatment in intensive care unit

Н.К. Сулейменов, Б.К. Сулейменов, С.Ж. Сулейменов,
Б.А. Махамбетов, А.Б. Пулатбаева

¹ Кафедра анестезиологии и реаниматологии КазНМУ им С.Д. Асфендиярова,

² Городская клиническая больница № 4 г. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТОТАЛЬНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ

УДК 617-089.5-032:611.829]:615.212.033

Цель исследования: оценить эффективность, положительные эффекты использования СМА при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Материалы и методы исследования. В ГКБ №4 г Алматы широко внедряются инновационные технологии для оказания высокоспециализированной медицинской помощи пациентам. В нашей клинике выполняется около 1200 эндопротезирований коленных и тазобедренных суставов в год.

Исследования выполнены путем ретроспективного анализа историй болезни 40 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу перелома шейки бедра, коксартроза, гонартроза в отделении эндопротезирования ГКБ №4 г Алматы 2016г.

Большинство пациентов имели сопутствующую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы. Все больные в зависимости от метода анестезии были разделены на 2 группы. Первую группу (контрольную) составили пациенты (40 человек) в возрасте от 50 до 68 лет, которым применялась общая анестезия (пропофол, фентанил, бензодиазепины, миорелаксанты, искусственная вентиляция легких.) по традиционной методике.

Вторую группу (40 человек) в возрасте 55-75 лет составили пациенты, оперированные в условиях СМА. Основным компонентом анестезиологического пособия для 2-й группы был один из вариантов центральной сегментарной блокады – СМА. В качестве анестетика использовался бупивакаин спинал 0.5%.

Субарахноидальное пространство пунктировалось на уровне L3 – L4 в асептических условиях в положении пациента на боку или сидя. Для СМА использовалась разовая игла фирмы В BRAUN.

У всех больных изучались следующие показатели: среднее артериальное давление (САД), частота сердечных сокращений (ЧСС). Активность

Все возрастающий интерес к использованию субарахноидальной (спинальной) анестезии (СА) объективно базируется на достижениях современной фармакологии, обеспечивающей синтез качественно новых местных анестетиков для интракраниального применения, и на внедрении высоких технологий в повседневную анестезиологическую практику. Это дает основание расширить диапазон исследования СА в таких областях медицины, где ранее этот метод широко не использовался.

Ключевые слова: спинномозговая анестезия, эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов

вегетативной нервной системы оценивалась путем расчета индекса Кердо (ИК). $ИК = (1 - \Delta ДД / ЧСС) * 100$. Положительное значение ИК соответствует состоянию симпатотонии, а отрицательное значение ИК – состоянию парасимпатотонии.

Анализ исследуемых показателей гемодинамики и вегетативного статуса показал, что исходное состояние больных 1-й и 2-й групп (этап 1) существенно не отличалось между собой, что свидетельствует об одинаковой степени компенсации организма больных до операции.

У больных 1-й группы на этапах анестезии и операции отмечено как повышение так и снижение показателя САД на этапах общей анестезии и в первые сутки послеоперационного периода. В качестве наркотического анальгетика во время общей анестезии использовался - фентанил. Основные гемодинамические эффекты фентанила связаны с его центрально – депрессивным и холинергическим действием на кровообращение, что мы и наблюдали по динамике показателя САД. Это обеспечивает рост симпатотонии и активацию вегетативного тонуса, что наблюдалось у больных 1-й группы в виде увеличения показателя ИК в период операции и общей анестезии. Состояние вегетативного статуса характеризовалось ростом

напряжения на наиболее травматичном этапе (3 этап) оперативного вмешательства, сохранялось сразу после оперативного вмешательства (4 этап) и в первые сутки после операции и анестезии (5 этап). Это может быть расценено как недостаточность нейровегетативной защиты на этих этапах у больных 1-й группы.

У больных 2-й группы, оперированных в условиях СМА, снижение САД наблюдалось на всех этапах анестезии, оперативного вмешательства и в первые сутки послеоперационного периода, что связано с симпатической блокадой. Однако изменение состояния вегетативного статуса было недостоверным, что свидетельствует о более выраженном антистрессорном эффекте СМА на этапах анестезии и операции. Характерно, что надпочечники находятся в зоне блокады при СМА, что очевидно, предупреждает развитие симпатотонии в околооперационном периоде у больных 2-й группы. В свою очередь, это возможно, способствовало снижению потребления миокардом кислорода.

При сравнительном анализе показателей вегетативного статуса между группами на этапах анестезии также отмечается склонность к парасимпатотонии у больных 2-й группы в сравнении с 1-й.

На основании сравнительного анализа показателей антистрессорной защиты (гемодинамики, вегетативного статуса) у больных травматологического профиля при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях обезболивания методом общей анестезии и спинно-мозговой анестезии

установлена высокая эффективность антистрессорного эффекта спинномозговой анестезии, что позволяет считать этот метод анестезии методом выбора при операциях данного объема.

Также проводился сравнительный мониторинг частоты возникновения тромбоэмболических осложнений (тромбозов глубоких вен нижних конечностей) в данных группах. В периоперационном, послеоперационном периоде пациенты получали антикоагулянтные препараты (фраксипарин либо ксарелто). До и после оперативного вмешательства проводилось УЗИ сосудов нижних конечностей. Частота тромбоэмболических осложнений оказалась не столь высокой, но по сравнению в группах мониторируемых пациентов, наиболее низкий процент случаев данных осложнений оказался во 2-й группе (пациенты которым проводилась СМА). Немаловажным аспектом в нынешнее экономическое положение страны является также и экономическая выгода спинномозговой анестезии, т.к. при СМА расходуется гораздо меньше расходного материала и ресурсов клиники, чем при проведении общей анестезии.

Выводы:

СМА является методом выбора у больных пожилого возраста с сопутствующей патологией и обеспечивает адекватную нейровегетативную блокаду, низкую вероятность тромбоэмболических осложнений при операциях тотального эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, а также является наиболее экономически выгодной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бочаров С.Н., Плахотина Е.Н., Мышков Г.А., Немытченко В.А., Чикотеев С.П. Анестезиологическая защита при операции эндопротезирования тазобедренного сустава. //Анестезиология и реаниматология. – 2004. - №4. – С.27-30.
- 2 Рябов Г.А., Гологорский В.А. Анестезия и кровообращение. //Анестезиология и реаниматология. – 1978. - №5. – С. 3-10.
- 3 Светлов В.А., Козлов С.П., Ващинская Т.В., Саркисова Н.Г. Субарахноидальная анестезия: пределы возможностей // Анестезиология и реаниматология. – 1999. – №5. – С.38-41.
- 4 Сергиенко Н.И., Некрасов В.Б., Соловьев Ю.А. Зависимость сенсорных восприятий от преобладания пара-или симпатотонии в условиях предоперационного психоэмоционального напряжения. //Анестезиология и реаниматология. – 1991. - №2. – С.13-15.

Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.М. ОРМАХАН, К.Ф. ИСАМЕТОВ., Б.Н. АЛГАШБАЕВ, Е.С. НУРАЛИЕВ
*С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың анестезиология және реаниматология кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы*

ЖАМБАС СҮЙЕГІ МЕН ТІЗЕ БУЫНДАРЫН ЭНДОПРОТЕЗДЕУ БАРЫСЫНДАҒЫ ЖҰЛЫН СПИНАЛЬДЫҚ АНЕСТЕЗИЯСЫН ҚОЛДАНУ ӘДІСІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІН ТАЛДАУ

Түйін: Жұлын спинальдық анестезиясы жасы егде тартқан адамдарға наркоз берген кезде бірден бір анестезиялық тиімді әдіс болып табылады. Әсіресе созылмалы түрдегі қосымша дерттер мен жамбас сүйегі мен тізе буындарын эндопротездеу оталарын іске асырудағы таптырмайтын анестезиялық әдіс екендігі практикалық тұрғыдан дәлелденіп отыр және де бұл әдісті қолдану барысында мекемеге ауқымды түрдегі экономикалық пайда әкелінеді.

Түйінді сөздер: жұлындық анестезия, тізе, жамбас буындарын эндопротездеу

N.K. SULEIMENOV, B.K. SULEIMENOV, S.Z. SULEIMENOV, B.A. MAKHAMBETOV, A.B. PULATBAEVA
*Department of Anesthesiology and Intensive Care
Asfendiyarov KazNMU,
City Clinical Hospital № 4, Almaty*

EXPERIENCE IN THE USE OF SPINAL ANESTHESIA IN PATIENTS WITH TOTAL HIP AND KNEE JOINTS

Resume: SMA is the treatment of choice in elderly patients with concomitant diseases and provides adequate autonomic blockade, low probability of thromboembolic complications in total hip and knee joints, as well as being the most economically advantageous.

Keywords: spinal anesthesia, hip and knee joints

ХИРУРГИЯ | ХИРУРГИЯ SURGERY

Г.А. Ахмеджанова, А.Я. Бекмуратов

¹ *Казахский Национальный медицинский университет, кафедра хирургических болезней №1*

² *ГКБ №4*

УСПЕШНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ НА ЖЕЛУДКЕ ПРИ ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНОГО С ОБШИРНЫМ ОЖОГОМ ТУЛОВИЩА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

УДК 616.33-089:616-005.1+616-001.17:617.54:616-07

Ожоговая болезнь – это сложный комплекс взаимосвязанных патогенетических реакций, в структуре которой можно выделить три основных клинических синдрома: ожоговый шок, ожоговая токсемия, ожоговая септикоцикотоксемия. Начавшиеся во время ожогового шока метаболические нарушения в период острой ожоговой токсемии прогрессируют и приобретают разрушительные тенденции. В результате на фоне микроциркуляторной тканевой гипоксии возникают тяжелые функционально-морфологические изменения со стороны внутренних органов и систем. Эти изменения и определяют клинические проявления таких опасных для жизни осложнений ожоговой болезни как ранняя пневмония с прогрессирующим развитием легочно-сердечной недостаточности, эрозивно-язвенные изменения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), перфоративная язва ЖКТ, сепсис и ряд других. В 0,15-41,5% (1, 2, 3, 4, 5) случаев у больных с ожогами стресс-язвы (в том числе так называемые язвы Курлинга), а также хронические язвы осложняются тяжелым желудочно-кишечным кровотечением, часто профузным, что отягощает течение болезни, нередко становится непосредственной причиной смерти больных. Прижизненная диагностика осложняющих ожоговую болезнь острых хирургических заболеваний органов пищеварения обычно трудна и нередко является секционной находкой. Разнообразие проявлений ожоговой болезни и ее осложнений, частое использование при лечении обожженных обезболивающих и седативных средств, антибиотиков и кортикостероидных гормонов маскируют или извращают симптоматику развивающегося острого патологического процесса в брюшной полости. Сложен и выбор оптимальной лечебной тактики

Ожоговая болезнь – это сложный комплекс взаимосвязанных патогенетических реакций, в структуре которой можно выделить три основных клинических синдрома: ожоговый шок, ожоговая токсемия, ожоговая септикоцикотоксемия. В настоящей работе представлено клиническое наблюдение – радикальное хирургическое лечение язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением тяжелой степени на фоне ожоговой болезни (ожог I-II-III степени, площадь - 45%) в стадии септикоцикотоксемии (на 15 сутки с момента получения термической травмы) с удовлетворительным результатом.

Ключевые слова: ожоговый шок, ожоговая токсемия, ожоговая септикоцикотоксемия, термический ожог

при язвах ЖКТ, осложненных кровотечением, так как у обожженных больных, как правило, имеются и общие нарушения, значительно повышающие риск операции. По данным некоторых авторов (Stein H.J., 1989, Pruitt V.A., 1981, Б.С.Вихриев, 1985), летальность у данной группы больных при радикальных операциях на желудке достигает 100%. Высокий уровень летальности обусловлен совокупностью взаимоотяжеляющих факторов: ожоговой болезнью с развитием ожогового истощения на фоне септикоцикотоксемии, которое подавляет репаративные процессы в целом и хирургическим вмешательством на фоне кровотечения и постгеморрагической анемии, что также создает крайне неблагоприятные условия для регенерации и значительно ухудшает непосредственные результаты операций. В настоящей работе представлено клиническое наблюдение – радикальное хирургическое лечение язвенной болезни ДПК, осложненной

кровотечением тяжелой степени на фоне ожоговой болезни (ожог I-II-III степени, площадь - 45%) в стадии септикотоксемии (на 15-е сутки с момента получения термической травмы) с удовлетворительным результатом.

Больной А., 46 лет, госпитализирован 3.06.07 22.50 с диагнозом:

Термический ожог I-II-III степени 45% лица, туловища, обеих верхних и нижних конечностей. Ожог верхних дыхательных путей. Ожоговый шок. Отравление продуктами горения.

Из анамнеза: Доставлен через 30 минут после травмы – получил ожог пламенем в результате взрыва газового баллона.

Объективно: Состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Голос осиплый. Дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы, тахипноэ. Тахикардия, ЧСС 120/мин, АД – 100/60. Живот мягкий, безболезненный. Локальный статус: Термическое поражение I-II-III степени 45% лица, туловища, обеих верхних и нижних конечностей в виде гиперемии, вскрывшихся пузырей, плотных ожоговых струпов. Осмотрен терапевтом: Хронический бронхит, ремиссия. Хронический гастрит, ремиссия. Больному в течение 5 суток проводилась интенсивная терапия в ОАРИТ: анальгетики, инфузионная терапия в объеме 5,0л, симптоматическая терапия, местное лечение ожоговых ран под в/в обезболиванием.

В ожоговом отделении через 6 суток с момента поступления в стационар у больного появились жалобы на боль в эпигастрии с иррадиацией в спину, многократную рвоту, икоту. Осмотрен хирургом, рекомендовано ЭФГДС: Хроническая язва луковицы ДПК диаметром 3,0 см, с глубоким кратером, подрывными краями и перифокальным воспалением. Пенетрация? Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, пневмогастрография: свободного газа под куполом диафрагмы не выявлено, УЗИ брюшной полости: Свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке нет. В ОАК: лейкоцитоз - $22,0 \times 10^9$ /л. Больному отменены нестероидные противовоспалительные препараты, назначена противоязвенная терапия: антисекреторная терапия, антибиотики, антациды.

Через 17 суток от момента поступления 20.06.07 у больного появились клинические признаки ЖКК: жалобы на слабость, головокружение, жидкий черный стул; изменение показателей гемодинамики: ЧСС – 104/мин, АД – 80/40; снижение показателей «красной крови»: Нв – 70г/л, эритроциты – $2,4 \times 10^9$ /л. На ЭФГДС: Хроническая язва луковицы ДПК, осложненная кровотечением, Forrest II b. Больной переведен в ОАРИТ, проводилась антисекреторная, гемостатическая терапия, гемотрансфузия. В

динамике у больного на фоне гемотрансфузии имело место снижение показателей красной крови: Нв – 68 – 60, эритроциты – 2,1 – 2,0; на ЭФГДС - Хроническая язва луковицы ДПК, осложненная продолжающимся кровотечением, Forrest I b, рекомендовано хирургическое лечение в экстренном порядке по жизненным показаниям, предполагаемый объем – ушивание язвы.

21.06.07 произведена операция – лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот-II с гастроэнтероанастомозом на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну. Операционная находка: в брюшной полости около 400 мл крови, хроническая «низкосидящая» язва ДПК с перфоративным отверстием, из которого пролабирует рыхлый кровяной сгусток, дуоденотомия - язва диаметром 2,5 см, кровотечение продолжается, после извлечения сгустка – профузное кровотечение, пенетрирует в головку поджелудочной железы, перифокальное воспаление. Учитывая наличие сочетания осложнений, принято решение о расширении объема операции до резекции желудка. Низкое расположение язвы, сложное выделение задней стенки ДПК и, как следствие, «трудная культура», явились причиной формирования гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом по Брауну. Интраоперационно перелито 1,040 л эрмассы, 940 мл СЗП. Больному проводилось комплексная интенсивная терапия в ОАРИТ в течение 11 суток, выявлен инфильтративный туберкулез S_1 в фазе распада, назначено специфическое лечение (изоиазид, рифампицин, этамбутол) и изоляция. В ожоговом отделении продолжена антибактериальная терапия, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, средства, улучшающие микроциркуляцию, альбумин. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 14 сутки. Местное лечение ожоговых ран проводилось под общим обезболиванием. После очищения ран выполнена аутодермопластика.

ЭФГДС через 25 суток с момента операции: Оперированный желудок, анастомоз проходим, кольцо анастомоза округлой формы.

Больной выписан на 90-е сутки с момента поступления в стационар после приживления кожных трансплантатов.

Больной обследовался в динамике.

Больной обследован через 1год 11 месяцев и через 4 года после операции на желудке. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Больной удовлетворительного питания. Диспепсических нарушений нет. ЭФГДС: Резецированный желудок (2007 год). Область анастомоза без особенностей. Складки желудка средние, расправляются, перистальтика

нормальная. Приводящая и отводящая кишки без особенностей. Рентгеноскопия желудка:

Эвакуаторных нарушений нет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермолов А.С. и др. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у обожженных // Сб. научных трудов, посвящ. памяти акад. Б.А. Петрова. – М.: 1998. – С. 82-87.
- 2 Ермолов А.С. и др. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных: патогенез и профилактика. Желудочно-кишечные кровотечения у тяжелообожженных.//Материалы городской научно-практич. конференции. - М: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 1999. – С. 4-6.
- 3 Мизиев И.А. Комплексное лечение больных с острыми язвами и эрозиями желудка и двенадцатиперстной кишки // Современные аспекты неотложной хирургии. – Ростов-на-Дону: 1996. - №2. – С. 66-78.
- 4 Осипов И.С. Повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у пациентов с полиорганной недостаточностью. Желудочно-кишечные кровотечения у
- тяжелопострадавших.//Материалы городской научно-практич. конференции. – М.: 1999. – С. 13-15.
- 5 Турсунов Б.С., Ахматов Ж.А., Кадыров Р.Н. Клинико-эндоскопическая диагностика поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у обожженных.//Материалы Международной конф., посвященной 60-летию ожогового центра НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Скорая мед. помощь. – 2006. – С. 91-92.
- 6 Stein H.J., Esplugues J., Whittle B.J. et al. Direct cytotoxic effect of oxygen radicals on the gastric mucosa // Surgery. – 1989. - №2. – P. 318-324.
- 7 Pruitt B.A., Goodwin C.W. Stress ulcer disease in burned patient // World J Surg. – 1981. - №5. - №2. – P. 209-222.
- 8 Вихриев Б.С. Острые хирургические заболевания органов пищеварения у обожженных. – Л.: Медицина, 1985. – 165 р.

Г.А. АХМЕДЖАНОВА, А.Я. БЕКМУРАТОВ

*Қазақ Ұлттық медицина университеті, №1 хирургиялық аурулар кафедрасы,
№4 ҚКА*

ДЕНЕСІНІҢ КӨП БӨЛІГІ КҮЙІК БАСҚАН НАУҚАСТЫҢ ЖАРАНЫҢ КӨП ҚАН КЕТУ БАРЫСЫНДА АСҚАЗАНҒА СӘТТІ ЖАСАЛҒАН РАДИКАЛДЫ ОТА. КЛИНИКАЛЫҚ БАҚЫЛАУ

Түйін: Күйік ауруы – тері мен оның астындағы тіндердің термиялық жарақаты кезіндегі организмнің жалпы реакциясы мен ішкі ағзалардың қызметінің бұзылуының клиникалық белгілерінің жиынтығы және оның құрылымынан үш негізгі клиникалық синдромды атап өтуге болады, ол; күйіктегі шок, күйік токсемиясы, күйік септикотоксемиясы. Аталмыш жұмыста күйік ауруы барысында қансыраудың ауыр деңгейіне дейін (I-II-III деңгейдегі күйік, көлемі - 45%) асқындалған, септикотоксемия кезеңіндегі (термиялық жарақаттың алған сәттен бастап 15 күн) ойық жара ауруының түпкілікті хирургиялық емдеу жөніндегі қанағаттанарлық нәтижемен клиникалық бақылау ұсынылған.

Түйінді сөздер: күйіктегі шок, күйік токсемиясы, күйік септикотоксемиясы, термиялық күйік

G.A. AKHMEDZHANOVA, A.YA. BEKMURATOV

SUCCESSFUL RADICAL SURGERY ON THE STOMACH IN PROFUSE BLEEDING PEPTIC ULCER GENESIS IN PATIENTS WITH EXTENSIVE BURNS BODY. CLINICAL OBSERVATIONS

Resume: Burn disease - it is a complex set of interrelated pathogenic reactions in which the structure can be divided into three major clinical syndromes: burn shock, burn toxemia, burn septic. This paper presents a clinical observation - radical surgical treatment of duodenal ulcer complicated by bleeding severe against the backdrop of burn disease (burn I-II-III degree, area – 45%) in the stage of septic (at 15 hours from the receipt of thermal injury) satisfactory result.

Keywords: burn shock, burn toxemia, septic burn, thermal burn

А.Н. Баймаханов¹, Р.Т. Есегенева¹, М.Т. Надыров¹, Б.Ш. Жамеков², Д.Т. Жұматаев²,
 А.С. Семенов²

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

² Алматы қаласының № 4 қалалық клиникалық ауруханасы

ЭЛЕКТРОХИМИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІРІЛГЕН ЕРТІНДІЛЕР БЕЙТАРАП АНОЛИТ ЖӘНЕ КАТОЛИТ ЕРТІНДІЛЕРІН ІРІНДІ ҚАБЫНҒАН ЖАРАЛАРДЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ

УДК 617:616+616-002.3-089.165-004.14

Өзектілігі: Іріңді жараларды емдеу проблемасы бүгінгі күні де өзінің өзектілігін жоғалтқан жоқ, сонымен қатар, ол көпшілік жағдайларда қиын, әрі шешімі күрделі мәселелер қатарынан орын алуда. Мұндай жағдайдың себебі антибиотиктерге тұрақты іріңді микрофлоралармен қоздырылған жара ағымының ауыр түрде өтуі және жарадағы микроорганизмдердің таралу сипатының өзгеруі, бұл өз кезегінде қолданыстағы препараттардың әсерін төмендетіп жібереді. Сонымен қатар, қосымша ауыр сырқаттары бар науқастардың (қант диабеті, нашақорлық және т.б.) иммундық реактивтілігінің төмендеуінің де алатын орны ерекше. Осы көрсетілген факторлардың барлығы қосарлана келіп жара барысының ауыр жағдайда өтуіне, науқастардың ауруханада ұзақ емделуіне әкеліп соқтыруда. Осындай жағдайлардың салдарынан бұрыннан қалыптасқан және көпшілік жағдайларда қолданыс тапқан дәстүрлі емдеу әдістерінің әсері төмендеп, іріңді жараларды емдеуде жаңа тиімді әдістерді қарастыруға қажеттілік туындайды.

Сондықтан, іріңді жараларды емдеу нәтижелерін жақсарту мақсатында натрий гипохлориті ерітіндісі, әртүрлі биологиялық белсенді жабындылар, протеолитикалық ферменттер, суда еритін майлар, жараны озондау, УФО және криотерапия қолданылуда. Дегенмен, жараны емдеу тәсілдерінің көптеп ұсынылуының өзі олардың тиімділігінің жеткілікті емес екендігін және осы мәселеде біріңғай көз қарастың жоқ екендігін көрсетеді.

Соңғы жылдары стоматология, урология, гинекология салаларында және құлақ-мұрын аурулары клиникаларында іріңді қабыну ауруларының емдеу нәтижелерін жақсарту мақсатында белсендірілген бейтарап анолит және католит ерітінділерін қолдануда. Бейтарап анолит және католит ерітінділері СТЭЛ – АНК – 20 – 01 құрылғысында өндіріледі және олар түссіз мөлдір болып келеді. Бейтарап анолиттің - рН ортасы – 5,0-7,0, ОВП +800...+1200 мВ және сонымен қатар

Электрохимиялық белсендірілген бейтарап анолит және католит ерітінділерін іріңді жараның жергілікті емінде қолдану барысында жараның тазаруы, репаративті процесстердің күшеюі байқалады. Жараның жазылу мерзімі қысқарып, науқастың ауруханада емделу уақытын азайтуға мүмкіндік береді. Бұл әдіс хирургиялық тәжірибеде әрі қарай зерттеліп кең қолдануына мүмкіншілігі бар.

Түйінді сөздер: іріңді жара, анолит, католит

ол адам тінінің жасушаларына теріс әсерін тигізбей, белсенді бактериоцидтік, вирулицидтік, фунгицидтік, спороцидтік қасиеттерге ие. Токсикалық (ұлылығы) көрсеткіштері жағынан бұл препараттар ГОСТ 12.1.007. бойынша ұлылығы төмен IV класстағы заттарға жатқызылады. Жоғарыда баяндалған жағдайлардың барлығы осы зерттеу жұмысын жүргізуге негіз болды.

Зерттеудің мақсаты: жұмсақ тіндердің іріңді қабынған жараларының емдеу нәтижелерін зерттеу және жараны жергілікті емдеуде белсендірілген бейтарап анолит және католит ерітінділерін қолдану арқылы емдеу нәтижелерін жақсарту мүмкіндіктерін қарастыру.

Біздің бақылауымыз Алматы қаласының № 4 қалалық клиникалық аурухананың сүйек-іріңді хирургия бөлімшесінде 2014-2016ж.ж. емделген дененің әртүрлі бөліктерінде орналасқан жұмсақ тіндердің іріңді қабынған жаралары бар 19 мен 70 жас аралығындағы 74 науқас болды. Науқастардың басым бөлігі іріңді қабыну процессінің белгілері пайда бола бастағаннан кейінгі 3-5 тәуліктерде ауруханаға келіп түсті. Іріңді ошақ жергілікті немесе жалпы жансыздандыру арқылы кең етіп кесіп ашылып, іріңнен, өліеттенген тіндерден босатылып, дренаж қойылды. Зерттеу мақсатына сәйкес операциядан кейінгі кезеңде қолданылған емдеу тәсіліне орай науқастар екі топқа бөлінді. Бақылау тобын 29 (39%) науқас құрады, оларға іріңді

жараларды емдеудің көпшілік қолданыс тапқан дәстүрлі тәсілдері қолданылды. Негізгі зерттеу тобына 45 (61%) науқас кірді. Осы топта жараны жергілікті емдеуде белсендірілген бейтарап анолит және католит ерітінділерін қолдану біздің ұсынған тәсіліміз бойынша жүргізілді.

Біз ұсынған тәсілдің мәні, жарадан микрофлораның түрін, оның антибиотиктерге сезімталдығын анықтау үшін егінді, цитологиялық, гистологиялық зерттеулерге материал алғаннан соң және жара ортасының рН қышқылдығын өлшегеннен кейін, жараны 3% сүтегі асқын тотығы ерітіндісімен өңдеп, жара қуысына белсендірілген бейтарап анолит ерітіндісіне батырылған дәке тампоны салынады. Бұл үрдіс жара іріңнен, өлі тіндерден тазарғанға дейін жүргізіледі. Жара тазарған соң, грануляциялық тіннің өсуін және репаративті процестерді белсенді түрде ынталандыру үшін католит ерітіндісі қолданылды.

Негізгі топ науқастарында емдеуді жүргізгеннен кейінгі 24 сағаттан кейінгі кезеңнің өзінде жара айналасындағы қызарудың, ісінудің төмендегені және ауру сезімінің басылғаны байқалды. Емдеудің екінші тәулігінде жара маңындағы тіндердің қабынған перифокалды инфильтрациясының айтарлықтай басылғаны, жара жиектерінен, түбінен өлі тіндердің белсенді түрде бөлінуі, жара жиектерінің тегістелуі байқалды, бұл айқын некротикалық әсер етудің белгісі. Жара некротикалық тіндерден тазарып, әлсіз грануляциялық тін пайда бола бастағаннан кейін, репаративті процестерді ынталандыру үшін католит ерітіндісін қолдана бастадық. Емдеудің 4-5 тәуліктерінде негізгі топ науқастарында жара қанмен қамтылуы жеткілікті айқын грануляциялық тінмен жабылып, жара маңындағы терісінің түсі қалыпқа келіп, пальпацияда анықталатын жара маңы тіндерінің инфильтрациясы мен ауру сезімі толық жойылды. Ал, 6-7 тәуліктерде жиектік

эпителизация пайда болды, бұл өз кезегінде жара жазылу кезеңінің қысқарғанының нақты белгілерінің бірі.

Сонымен қатар, бақылау тобындағы науқастарда емдеудің 5-6 тәуліктерінде экссудацияның төмендеуі, жара маңындағы ісінудің, қызарудың және ауру сезімінің төмендегені, некротіндердің жартылай бөлінуі және грануляциялық тіннің аралшықтар түрінде пайда болуы байқалды. Аталған клиникалық көріністердің барлығы да лабораториялық зерттеулер нәтижелерімен сәйкес келіп отырды.

Біз ұсынған емдеу тәсілін қолдану барысында асқынулар байқалған жоқ.

Ұсынылған жараны жергілікті емдеу тәсілінің қолдану тиімділігін жара жазылуын айқындайтын мына негізгі параметрлерге сүйене отырып бағаладық: жара жазылуының уақыты, жара экссудатының рН деңгейі, жарадағы бактериялардың таралуы, жара үрдісінің цитологиялық зерттеу нәтижелері.

Электрохимиялық белсендірілген бейтарап анолит және католит ерітінділерін ұсынылған тәсіл бойынша қолдану емдеудің ерте кезеңдерінде жараның іріңнен, өлі тіндерден босауына, грануляция және жиектік эпителизацияның жылдам дамуына алып келіп, жара жазылу кезеңін екі есеге дейін қысқартуға, соның салдарынан тиісінше науқастың ауруханада емделу уақытын азайтуға мүмкіндік берді.

Қорыта келе, электрохимиялық белсендірілген бейтарап анолит және католит ерітінділерін жергілікті жара емінде қолдануды зерттеудің бастапқы сатыларында алынған нәтижелердің өзі көңіл толарлықтай және осы ерітінділерді жұмсақ тіндердің іріңді қабынған жараларын емдеуде келешекте кеңірек қолдануға, әрі қарай зерттеулер жүргізуге мол мүмкіндіктер ашып отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Бреговский В.Б. Профилактика синдрома диабетической стопы у больных сахарным диабетом.//Справочник поликлинического врача. – 2015. – №4. – С. 30-33.
- 2 Будашеев В.П. Микробный пейзаж ран у больных сахарным диабетом.//Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – №4. – С. 16-21.
- 3 Галь И.Г. Показатель оценки качества жизни пациента с травмой конечностей и анализ экономической эффективности в амбулаторно-поликлинической практике.//Клиническая неврология. – 2012. – №4. – С. 7-10.
- 4 Дедов И.И. Сахарный диабет: развитие технологий в диагностике, лечении и профилактике.//Сахарный диабет. – 2010. – №3. – С. 88-91.
- 5 Дибиров М.Д. Нестандартность хирургической инфекции пациентов с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы и специфика её антибактериальной терапии.// Вестник Новгородского государственного университета. – 2015. – №2. – С. 41-42.
- 6 Дробушевская А.И. Значение грамположительной микрофлоры в развитии инфекций кожи и мягких тканей на фоне сахарного диабета второго типа.// «Здоровье и образование в XXI веке». – 2013. – №5. – Т.15. – С. 56-64.

7 Оболенский В.Н. Метод локального отрицательного давления в профилактике и лечении гнойно-септических осложнений в травматологии и ортопедии. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2013. – №2. – С. 3-11.

8 Спесивцев Ю.А., Петрова В.В., Чуликов О.В., Егоренков М.В. Оптимизация антибиотикотерапии при синдроме диабетической стопы. // Опыт и перспективы системной энзимотерапии. – 2003. – №2. – С. 111-113.

А.Н. БАЙМАХАНОВ, Р.Т. ЕСЕРГЕНЕВА, М.Т. НАДЫРОВ, Б.Ш. ЖАМЕКОВ, Д.Т. ЖУМАТАЕВ, А.С. СЕМЕНОВ
ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИ АКТИВИРОВАННЫХ НЕЙТРАЛЬНЫХ РАСТВОРОВ
АНОЛИТА И КАТОЛИТА В МЕСТНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН

Резюме: При применении электрохимически активированных нейтральных растворов анолита и католита в местном лечении гнойных ран происходит очищение раны, усиление репаративных процессов. Снижается время заживления ран, что позволяет сократить время лечения в больнице. Этот метод имеет возможность для дальнейшего изучения и широкого применения в хирургической практике.

Ключевые слова: гнойная рана, анолит, католит

A.N. BAIMAKHANOV, R.T. YESSERGENEVA, A.S. SEMENOV
APPLICATION OF ELECTROCHEMICALLY ACTIVATED NEUTRAL ANOLYTE AND CATHOLYTE SOLUTIONS
AT THE LOCAL TREATMENT OF PURULENT WOUNDS

Resume: In the application of electrochemically activated neutral anolyte and catholyte solutions to the topical treatment of wounds festering wound cleansing takes place, increased repair processes. It reduces the time of wound healing, thereby reducing the treatment time in the hospital. This method has the ability to further study and widely used in surgical practice.

Keywords: purulent wound, anolyte, catholyte

А.Н. Баймаханов¹, А.М. Смагулов², Т.К. Кожаметов², Б.К. Мукашев¹,
М.С. Гадаборщев², К.К. Онайбай²

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

² Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ГИГАНТСКИЙ ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

УДК 616. 33-009-071

Безоары - инородные тела, образующиеся в желудке из различных проглоченных неперевариваемых веществ. В зависимости от состава основного вещества известны следующие виды безоаров: фитобезоары, образующиеся из растительной клетчатки, наиболее часто из кожид семян и косточек плодов и фруктов (дикой хурмы, диких слив, винограда, инжира, черемухи фиников, семян подсолнечника и др.). Значительно реже встречаются трихобезоары, состоящие из клубка волос с примесью пищи, иногда шерсти. Они формируются в желудке в результате дурной привычки жевать кончики волос, чаще у людей, страдающих психическими заболеваниями (себобезоары - жировые камни, из животного жира; пиксобезоары - плотные образования, состоящие из смолы; минералобезоары - состоящие из мела; шеллак - безоары- состоящие из красящих и смолистых веществ; гематобезоары - из сгустков крови; микозобезоары - грибы; смешанные и псевдобезоары) [2]. Наиболее часто встречаются фито - и трихобезоары. Трихобезоары чаще встречаются у женщин [3,4] или у детей.

Клиническая картина безоаров разнообразна. Самыми частыми жалобами при этой патологии являются периодические боли и чувство тяжести в эпигастриальной области, отсутствие аппетита, периодическая тошнота, отрыжка застойным содержимым, рвота принятой пищей. В анализах крови отмечается гипопропротеинемия. Объективное исследование малоинформативно, и показательно лишь при больших размерах безоара. Пальпаторно у пациентов удается определить опухолеподобное образование в эпигастрии, которое может перемещаться. В правильной постановке диагноза помогает тщательное изучение анамнеза заболевания, позволяющее заподозрить инородное тело желудка и направить обследование в нужном направлении. Клинический диагноз подтверждается данными рентгенологического обследования, при котором отмечается дефект наполнения с четкими контурами, значительная смещаемость

В статье представлен клинический опыт хирургов №4 ГКБ лечения больной с редко встречающимся в практике инородным телом желудка – гигантским трихобезоаром. Описаны клинические проявления, методы диагностики и результаты хирургического лечения трихобезоара желудка.

Ключевые слова: безоар, трихобезоар, хирургическое лечение

патологического образования. Картина обтекания бариевой взвеси инородного тела указывает на отсутствие связи образования со стенкой желудка. Фиброгастродуоденоскопия является самым информативным методом диагностики, который позволяет не только правильно поставить диагноз, но и оценить состояние слизистой оболочки желудка, а иногда и установить природу безоара. Наличие безоара желудка чревато серьезными осложнениями, которые могут присоединиться в разные сроки после его образования. Частыми осложнениями являются перфорация желудка, кровотечения, изъязвления, желудочно-кишечная непроходимость [7]. Летальность вследствие осложнений безоарами может достигать 30% [4,5,6]. В Институте скорой помощи имени Н.В. Склифосовского за 30 лет было оперировано 4 больных, у которых причиной заболевания были безоары желудка или их осложнения.

Таким образом, данную патологию можно считать очень редким заболеванием. Больные с инородными телами желудка типа трихобезоара наблюдаются в клинической практике крайне редко. За 9 лет существования хирургической службы в ГКБ № 4 города Алматы выявлен 1 случай.

Мы наблюдали больную, у которой трихобезоар находился в желудке, в течение длительного времени (17-18 лет), без явных клинических проявлений. Больная Б., 23 лет поступила 23.09.2016 г. ГКБ № 4 в экстренном порядке с жалобами на постоянные ноющие боли,

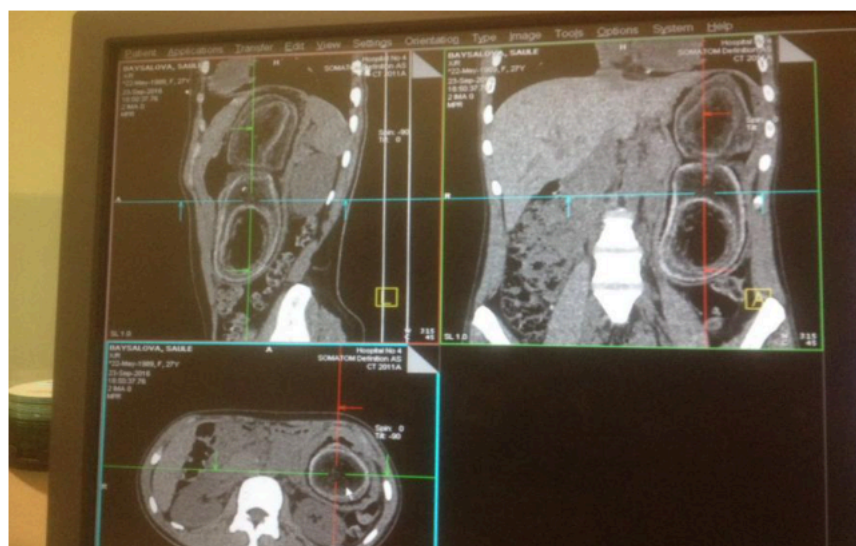
усиливающиеся после еды, чувство тяжести в левой верхней половине живота, тошноту, недомогание, общую слабость. С ее слов, в последнее время стала отмечать ощущение тяжести в области эпигастрия, снижение аппетита, потерю веса. Дополнительно выяснилось, что больная с раннего возраста имела привычку жевать концы своих волос. Считает себя больной в течение 7-ми суток до поступления в стационар, когда появились вышеизложенные жалобы. При поступлении состояние средней тяжести, обусловленное болевым синдромом, общей слабостью. Психически уравновешена. Температура тела 36,6⁰С. Кожные покровы сухие, обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, тахикардия, пульс - 98 ударов в мин., АД 120/70 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. При осмотре отмечена асимметрия живота за счет

небольшого взбухания в эпигастрии и левом подреберье. При пальпации умеренная болезненность эпигастрии и левой мезогастральной областях, где определяется плотное, смещаемое опухолевидное образование овальной формы шириной около 12 см. длиной 18 см. перкуторно над ним притупление звука. Больная госпитализирована в хирургическое отделение с предварительным диагнозом: Образование брюшной полости. Абсцесс брюшной полости?

Общий анализ крови эритроциты – $4,6 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 96г/л, лейкоциты – $11,8 \cdot 10^9/л$.

На УЗИ органов брюшной полости: Объемное образование брюшной полости, киста?

На КТ: Умеренная гепатомегалия с внутривенной гипертензией. Инородное тело желудка (безоар?). Выраженный метеоризм.



При поступлении от предложенной гастроскопии больная категорически отказалась. В динамике после неоднократной беседы больная согласилась на проведение исследования. На ФГДС: Пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке

слизистая гиперемированная, местами эрозирована с наличием язвочек, в просвете имеется два огромных инородных тела, размерами: 10,0*10,0см; 10,0*15,0см. Заключение: Инородные тела желудка (безоар).



26.09.16 г. В срочном порядке произведена операция: лапаротомия, гастротомия, удаление трихобезоара. При гастротомии удалось извлечь 2 «камня». Они оказались трихобезоарами, размерами 15x14x5см; 11x10x4,5см. При визуальном осмотре слизистой желудка имеются

множество изъязвлений и эрозий. Масса трихобезоаров составила 800гр. Послеоперационный период у больной протекал без особенностей, на 8-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное наблюдение.



В данном клиническом примере продемонстрирована скудность симптоматики безоаров желудка, необходимость полноценного инструментального исследования, поскольку своевременная диагностика позволяет избежать

осложненных случаев безоаров желудочно-кишечного тракта. Считаю, что описанный случай представляет интерес для практических врачей в плане напоминания о редко встречающихся патологиях желудочно-кишечного тракта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни. - Казань: Издательство университета, 1969. – 185 с.
- 2 Тарасенко С.В., Афтаев В.Б., Маркова А.В., Редкая форма рецидивирующей острой кишечной непроходимости. // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2006. - №5. - С. 82-83.
- 3 Маховский В.З., Кирилов Ю.Б., Тактика хирурга при инородных телах желудочно-кишечного тракта. – Ставрополь: 1980. – 128 с.
- 4 Борщиков М.Н., Барзаева М.А. Гигантский безоар желудка. // Успехи современного естествознания. – 2004. - №4. – С.103 – 108.

**А.Н. БАЙМАХАНОВ, А.М. СМАГУЛОВ, Т.К. КОЖАХМЕТОВ, Б.К. МУКАШЕВ,
М.С. ГАДАБОРЩЕВ, К.К. ОНАЙБАЙ**

**АСҚАЗАННЫҢ АЛЫП ТРИХОБЕЗОАРЫ
(ҚЫСҚАША ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ ЖӘНЕ ЖЕКЕ КЛИНИКАЛЫҚ БАЙҚАУ)**

Түйін: Мақалада асқазанның сирек кездесетін бөгде заты – алып трихобезоар анықталған науқасты емдеудегі №4ҚКА-ның дәрігер-хирургтарының клиникалық тәжірибесі көрсетілген. Асқазанның трихобезоарының клиникасы, диагностикалау тәсілдері және хирургиялық емдеу нәтижесі айтылады.

Түйінді сөздер: безоар, трихобезоар, хирургиялық емдеу.

**A.N. BAIMAKHANOV, A.M. SMAGULOV, T.K. KOZHAKHMETOV, B.K. MUKASHEV,
M.S. GADABORSHEV, K.K. ONAIBAI**

**GIGANTIC STOMACH BEZOARS
(SHORT SURVEY OF LITERATURES AND OWN CLINICAL EXPERIENCE)**

Resume: The surgeon's clinical experience of treatment the female patient with uncommon case of foreign body – gigantic trichobezoar in stomach was reported in the article. The clinical presentations, methods of diagnostics and surgical operation results were described.

Keywords: bezoar, trichobezoar, surgical operation.

А.Н. Баймаханов¹, Г.А. Ахмеджанова¹, А.М. Смагулов², М.Т. Надыров¹,
Б.Ш. Жамеков², Д.Т. Жуматаев²

¹ КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, кафедра хирургии №1

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

УДК 617:616-072.1-004.14

Широкие диагностические возможности лапароскопии и торакокопии, минимальная травматичность и ранняя реабилитация больных делают эндовидеохирургический метод ценным не только для плановой, но и для экстренной хирургии [2,3,4]. Внедрение эндоскопических технологий в хирургию за последние годы коренным образом изменило взгляды и подходы к лечению многих заболеваний [1,2]. Применение эндовидеохирургических технологий при повреждениях и основных хирургических заболеваниях органов брюшной полости позволяет за короткое время установить правильный диагноз, определить тактику лечебных мероприятий и снизить количество необоснованных лапаротомий [3,4,5].

Цель работы – проанализировать результаты применения эндовидеохирургических технологий в экстренной хирургии и улучшить результаты таких операций.

Материалы и методы. Экстренная хирургическая помощь населению г. Алматы в ГКБ №4 оказывается с января 2007 года. Эндовидеохирургические операции в клинике внедрены с 2007 года. Для выполнения

Проанализированы результаты эндоскопических операций в период с 2007 по 2015 год, выполненных в условиях ургентной хирургии на базе 4 ГКБ г. Алматы. Всего было выполнено 2787 эндоскопических операции из которых 2201 (78,97%) была лапароскопическая холецистэктомия. Определена динамика роста эндоскопических операций, в том числе, лапароскопической холецистэктомии и аппендэктомии. Отмечены снижение количества осложнений, значительное сокращение продолжительности операции, сокращение сроков лечения после эндоскопических операции.

Ключевые слова: анализ, результат, эндоскопия, экстренная хирургия

хирургических вмешательств мы применяли стандартный эндовидеохирургический комплекс фирмы «KarlStorz». За период с 2007 по 2015 год в нашей клинике выполнено 2787 эндоскопических операций на органах брюшной полости и грудной клетки. Возраст больных колебался от 21 до 86 лет, 31% больных составили мужчины, 69% женщины.

Таблица 1 - Динамика применения эндовидеохирургических операций в клинике

Название операции	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Всего
Лапароскопическая холецистэктомия	34	28	123	238	222	282	338	442	494	2201
Диагностическая лапароскопия	4	6	7	10	14	15	11	10	13	90
Лапароскопическая санация брюшной полости при панкреонекрозе	—	—	2	4	6	5	6	7	5	35
Ушивание перфоративной язвы	—	—	—	—	—	3	7	10	11	31
Лапароскопическая устранение спаечной кишечной	—	—	—	—	—	—	2	3	3	8

непроходимости										
Лапароскопическая аппендэктомия	—	—	—	—	—	25	137	102	124	388
Торакоскопическая ушивание буллы легкого	—	—	—	1	1	4	7	11	10	34
Всего	38	34	132	253	243	334	508	585	660	2787

Из них, абсолютное большинство составила лапароскопическая холецистэктомия – 2201 случаев (78,97%), лапароскопическая аппендэктомия–388 (13,92%), диагностическая лапароскопия – 90 (3,22%), ушивание перфоративной пилорoduodenальной язвы – 31(1,11%), устранение причин спаечной кишечной непроходимости 8 (0,28%) лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости при панкреонекрозе – 35 (1,25%), диагностическая

торакокопия и торакокопическое ушивание легкого при буллезной болезни – 34 (1,21%). Как видно из таблицы, за последнее время в клинике активно внедряются лапароскопическая аппендэктомия, ушивание перфоративной язвы, устранение причин спаечной кишечной непроходимости, торакокопическое ушивание буллы легкого и другие виды эндоскопических операций.

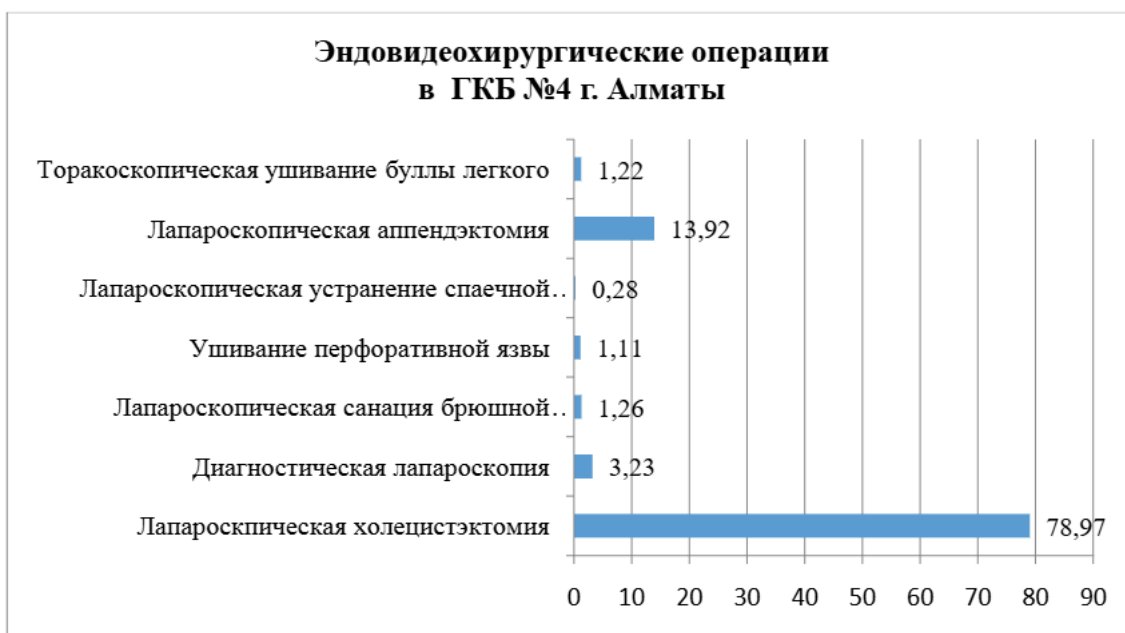


Рисунок 1 - Процентное соотношение эндовидеохирургических операций в клинике за 2007-2015 года

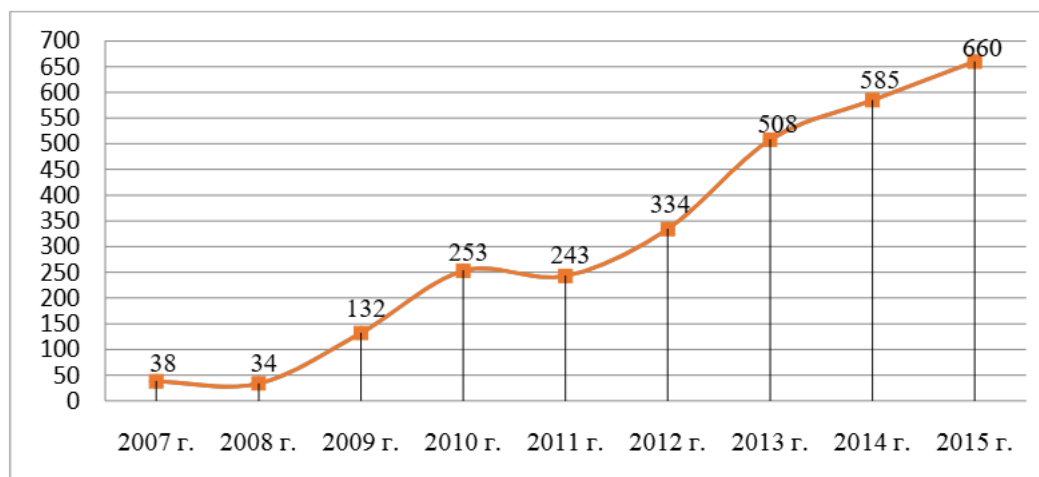


Рисунок 2 - Динамика применения эндовидеохирургических операций в клинике в период с января 2007 года по октябрь 2015 года

Подавляющее большинство выполненных нами эндоскопических операций это – лапароскопические холецистэктомии. Учитывая это, мы решили подробно остановиться именно на них. В настоящее время во многих клиниках Европы и США 95-97% больных оперируют по поводу желчнокаменной болезни с помощью лапароскопического метода [2,5]. Показания к лапароскопической холецистэктомии практически такие же, как и к открытой холецистэктомии.

Всего выполнено 2201 операций по лапароскопической холецистэктомии, из них 383 случая (17,4%) по поводу хронического холецистита, 467 (21,3%) – острого обтурационного холецистита, 1157 случаев (52,6%) – острого флегмонозного холецистита, 132 случаев (6,0%) – эмпиемы желчного пузыря, 35 случаев (1,6%) – острого гангренозного холецистита и в 27 случаях (1,2%) по поводу полипа желчного пузыря.

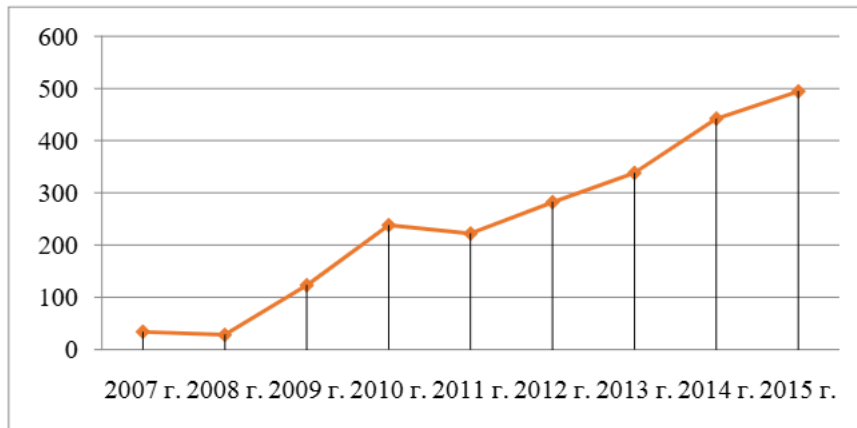


Рисунок 3 - Динамика лапароскопической холецистэктомии в период с 2007 по 2015 год



Рисунок 4 - Операции по лапароскопической холецистэктомии в зависимости от формы холецистита в % соотношении

Как видно, большинство операций выполнено по поводу острого воспаления желчного пузыря на фоне желчнокаменной болезни. Сроки выполнения оперативных вмешательств с момента заболевания составили: до 24 часов – 816 (29,3%), 24-72 часа – 1542 (55,3%), свыше 72 часов – 429 (15,4%), что

обусловлено поздним обращением и отказом больного от оперативного вмешательства. При выполнении лапароскопической операции при остром холецистите, мы придерживались следующих принципов: пункция и декомпрессия желчного пузыря, использование для тракции

стенки желчного пузыря специальных зубчатых зажимов, тщательная диссекция зоны перехода шейки желчного пузыря в пузырный проток, использование специальных приемов отделения желчного пузыря от ложа печени, санация подпеченочного пространства и обязательное дренирование подпеченочного пространства. Продолжительность оперативного вмешательства при остром холецистите на начальных этапах внедрения составила 80 ± 10 мин, по мере освоения методики снизилась до 40 ± 10 мин.

На начальных этапах внедрения эндоскопических технологий, лапароскопическая холецистэктомия выполнялась только в 1,5% случаев (2007 г.), а к 2015 году составляла 88,4% от всех операций, выполненных по поводу желчнокаменной болезни.

Увеличение количества операций связано с доступностью метода для широких слоев населения, так как в нашей клинике лапароскопическая холецистэктомия вошла в гарантированный объем медицинской помощи. Средняя продолжительность пребывания в стационаре в послеоперационном периоде у больных, оперированных традиционным способом, составила 8 суток ± 1 , а у больных, оперированных эндоскопическим способом, 4 ± 1 сутки.

Конверсия при операциях по поводу острого деструктивного холецистита осуществлена нами в 103 случаях (4,7%). Причиной перехода на открытый метод явились неблагоприятные ситуации или осложнения заболевания: выраженная инфильтрация тканей в области гепатодуоденальной связки и треугольника Кало (26), выраженный рубцово-спаечный процесс вокруг желчного пузыря или в области его шейки (20), плотный инфильтрат в области желчного пузыря (19), синдром Мирризи (14), кровотечение

из ложа желчного пузыря (5), подозрение на повреждение холедоха (9), технические неполадки (10). Конверсию мы рассматриваем как вариант отчаяния, принятый в интересах больного. В большинстве работ конверсию отмечают в 5-10 % случаев.

Структура осложнений после эндовидеохирургических вмешательств выглядит следующим образом – повреждение гепатикохоледоха - 12, перфорация тонкой кишки при наложении пневмоперитонеума - 3, образование абсцесса брюшной полости после лапароскопической холецистэктомии - 6, образование наружного желчного свища - 3. Общее количество осложнений составило 24 случаев (0,86%).

Таким образом, целесообразность расширения эндоскопических вмешательств в экстренной хирургии очевидна. Она обусловлена широкими диагностическими и лечебными возможностями этих методик, обеспечивающих минимальный травматизм, значительное сокращение продолжительности операции, а также сокращение сроков лечения, сроков медицинской и социальной реабилитации.

Как показывает наш опыт, лапароскопические оперативные вмешательства могут быть широко использованы в условиях ургентной хирургии при лечении деструктивных форм острого холецистита. Необходимо также подчеркнуть, что лапароскопическая методика может активно использоваться при остром аппендиците, перфоративных гастродуоденальных язвах, спаечной кишечной непроходимости, грыжах передней брюшной стенки и многих других заболеваниях органов брюшной полости.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Оразбеков Н.И., Избасаров Р.Ж., Гиричев П. Возможности лапароскопической аппаратуры при остром калькулезном холецистите // В материалах научных трудов «Новые технологии в неотложной хирургии и гинекологии». – СПб.: 1999. – С.11-13
- 2 Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Лапароскопическая холецистэктомия: опыт 3165 операций // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №2. – С. 3-7.
- 3 Александров А.И., Абдуллаев Э.Г. Алгоритм видеолапароскопии в экстренной абдоминальной хирургии. // Эндоскопическая хирургия. – 2002. - №1. – С. 33-36.
- 4 Баймаханов Б.Б., Даулетбаев Д.А., Сергазиев С.Б. Видеолапароскопия в диагностике и лечении повреждений органов брюшной полости // Аспирант и соискатель. – 2003. – №5. – С.190-191.
- 5 Langrehr J.M., Schmidt S.C., Raakow R. et al. Bile duct injuries after laparoscopic and conventional cholecystectomy: operative repair and long-term outcome. Abstract book. 10 // International Congress European Association for Endoscopic Surgery. – Lisboa: 2002. – P. 155-159.

**А.Н. БАЙМАХАНОВ, Г.А. АХМЕДЖАНОВА, А.М. СМАГУЛОВ, М.Т. НАДЫРОВ,
Б.Ш. ЖАМЕКОВ, Д.Т. ЖУМАТАЕВ**

*С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың №1 хирургия кафедрасы,
Алматы қаласының №4 қалалық клиникалық ауруханасы*

ШҰҒЫЛ ХИРУРГИЯДА ЭНДОВИДЕХИРУРГИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Түйін: Шұғыл хирургия жағдайында жасалынған эндоскопиялық операциялардың нәтижелері талданған. Барлық эндоскопиялық операциялардың 78,97% лапароскопиялық холецистэктомия құраған. Эндоскопиялық операциялар, соның ішінде лапароскопиялық холецистэктомия мен аппендэктомия санының өсу қарқыны анықталған. Эндоскопиялық операциялардан кейінгі асқынулар санының азаюы мен операция және емделу уақытының айтарлықтай қысқарғаны тіркелген.

Түйінді сөздер: анализ, нәтиже, шұғыл хирургия

A.N. BAYMAKHANOV, G.A. AHMEDZHANOVA, A.M. SMAGULOV, M.T. NADYROV, B.SH. ZHAMEKOV

Department of surgical diseases No. 1, Asfendiyarov KazNMU, CCH №4, Almaty c.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF ENDOVIDEOSURGICAL TECHNOLOGIES IN URGENT SURGERY

Resume: Analyzed results of the endoscopic operations, carried out in the conditions of emergency surgery. 78,97% from all endoscopic operations were laparoscopic cholecystectomy. The dynamic of growth of endoscopic operations is defined, including laparoscopic cholecystectomies. Noted decrease number of complications, considerable reduction of duration of operation, reduction of terms of treatment.

Keywords: analysis, results, emergency surgery

Г.А. Ахмеджанова, Ж.А. Долаев, А.М. Еликбаев, М.С. Гадаборшев, К.М. Буираев

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

² Алматы қаласының №4 қалалық клиникалық ауруханасы

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ №4 ҚКА-ДА ЖАСЫЛЫНҒАН ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЭКТОМИЯ НӘТИЖЕЛЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ ТАЛДАУ

УДК 616.346.2-002.1.87. 381-072.1-071 (574.51)

Кіріспе. 4 ҚКА кең ауқымды медициналық қызмет көрсететін, оның ішінде тәуліктік шұғыл хирургиялық көмекті қоса алғанда, көп салалы емдеу мекемесі болып табылады. 2012 жылдың наурыз айында «100 мектеп және 100 аурухана» мемлекеттік бағдарламасының жоспарымен емдеу мекемесінің жаңа ғимараты іске қосылды. Жаңа ғимаратта орын алған емдік және диагностикалық құрал-жабдықтар өз кезегінде шетелдік алдыңғы қатардағы жабдықтармен бір қатарда тұрарлықтай. («Карл Шторц» фирмасының эндовидеолапароскопиялық комплексі, интегрирленген оталық бөлме OR-1 Aida compact Neo системасымен), аталған жаңа өзгерістер ең алдымен жоғары сапалы диагностиканы және жоғарымамандандырылған шұғыл және жоспарлы хирургиялық көмекті аз инвазиялық технологияларды енгізу арқылы жүзеге асырмақ. Заман талабына сай жабдықталуына байланысты 1 жылдың ішінде клиникалық аурухана қаладағы өзге мекемелермен салыстырғанда жүзеге асырылған лапароскопиялық холецистэктомия бойынша алдыңғы қатарларға шықты және аз инвазивті оталар спектрін аппендэктомия есебінен де кенейтті.

Лапароскопиялық аппендэктомия өзінің кең ауқымдылығының орын алуына қарамастан, соңғы 5 жылдағы мақалаларға сүйенсек әлі де өз пайдасына тимейтін нәтижелермен сипатталуда. Сондықтан, аз инвазивті технологиялар жағын толығымен қолдау әлі де сұрақ астында – бірнеше жағдайды қарастыру қажет екенін қалайды: науқастың ауруханада өткізген күндерін,

836 аппендэктомияның ретроспективті зерттеуі жүргізілді, оның ішінде 567 (67,8%) ашық әдіспен, 239 (28,59%) лапароскопиялық, 23 (2,75%) лапаротомияға конверсия, 7 (0,84%) видеоассистирленген жолмен іске асқан. Аппендэктомия әдістерінің салыстырмалы анализі келесі клиникалық аспектілер бойынша жүргізілді: отаға кеткен уақыт, стационарлық емнің ұзақтығы, отадан кейінгі асқынулар жиілігі, сонымен қоса, 4 ҚКА-ға жедел аппендицитті емдеудің дәстүрлі және лапароскопиялық әдістері бойынша алынған нәтижелер сараланды.

Түйінді сөздер: жедел аппендицит, лапароскопия, аппендэктомия, салыстырмалы анализ

күрттәрізді өсіндінің морфологиялық жағдайын, ота жасаушы хирургтің кәсіби және дайындық мүмкіндігін ескеру.

Бұл жүргізілген зерттеудің мақсаты - №4 ҚКА-да 2013-2014 жылдары жасалған дәстүрлі және лапароскопиялық аппендэктомияның нәтижелерінің салыстырмалы анализін жүргізу.

Зерттеудің материалдары мен әдістері. №4 ҚКА хирургиялық бөлімшесінде екі жыл төңірегінде (2013-2014ж) жүргізілген 836 аппендэктомияның нәтижелері зерттелген. Оның ішінде дәстүрлі ашық аппендэктомиялар (АО) 567 рет (67,8%), лапароскопиялық аппендэктомиялар (ЛА) - 239 (28,59%), конверсиялар саны - 23 (2,75%), видеоассистирленген - 7 (0,84%) құрады.

Кесте 1- Аппендэктомия түріне байланысты науқастар санының жіктелуі

Аппендэктомия түрі	2013		2014		барлығы	
	Абсол	%	Абсол	%	Абсол	%
Ашық аппендэктомия	264	63,77%	303	71,8%	567	67,8%
Лапароскопиялық аппендэктомия	137	33,1 %	102	24,2%	239	28,6%
Конверсиялар	10	2,42%	13	3,08%	23	2,8%
Видеоассистирленген аппендэктомиялар	3	0,7%	4	0,95%	7	0,8%
барлығы	414		422		836	

Науқастардың орташа жасы 28,71±11,85 жасты құраса (15 тен 76 жасқа дейін), оның ішінде еркектер саны - 383, әйелдер - 453, оның ішінде жүктілер – 24: жүктіліктің бірінші жартысы 9 (35,7%), екінші – 13 (54,2%), үшінші- 2 (8,3%), айта

кетерлік жайт – жүкті әйелдердің барлығына мерзіміне қарамастан, ота дәстүрлі жолмен орындаған.

Науқастарды жыныс бойынша топтарға бөлу 2 кестеде көрсетілген.

Кесте 2 - Науқастарды жынысы бойынша топтастыру

Аппендэктомия түрі	ерлер		әйелдер		барлығы
	Абсол	%	Абсол	%	
Ашық аппендэктомия	260	45,85%	307	54,15%	567
Лапароскопиялық аппендэктомия	110	46,02 %	129	53,98%	239
Конверсиялар	10	43,47%	13	56,53%	23
Видеоассистирленген аппендэктомиялар	3	42,9%	4	57,1%	7
барлығы	383		453		836

Ашық түрдегі аппендэктомиялар дәстүрлі Мак-Бурней-Волкович-Дьяконов кесіндісі арқылы, құрттәрізді өсіндінің шажырқайын тігіп байлап, өсіндінің тұқылын кесет және Z тәрізді тігіспен батыру жолымен жүргізілген.

Лапароскопиялық оталарды жасағанда эндовидеохирургиялық KarlStorz комплексі қолданылды. Барлық жағдайда үш порт, яғни, кіндік айналасы аймағында (видеокамера), сол жақ мықын аймағында және үшінші он жақ мықын аймағында. Видеопорт орналастырғаннан кейін алдымен өсіндінің жағдайын бағалау мақсатымен карап шолу жүргізілген, бұл өз кезегінде 11 жағдайда себепсіз аппендэктомия жасауды алдын алған және осы науқастарды емін дұрыс бағытта жалғастыруға өзге бейінді бөлімшелерге ауыстырған (гинекология, урология). 23 жағдайда өсіндінін атипиялық орналасуын, перитониттин дамуына алып келген аппендикулярлы абсцесстің

жарылуын диагностикалауға, ал 7 жағдайда видеоассистирленген аппендэктомия жүргізуге жол ашты. Құрсақ қуысында сұйықтық болған жағдайда оны сорғыш көмегімен шығарды. Өсінді шажырқайын монополярлы коагулятормен коагуляциялап, өсінді негізіне экстракорпоральді (лавсан №4) дайындалған 2 Редер ілмегін салып, өсіндіні коагуляциядан кейін кесіп, құрсақ қуыснан шығарды.

Материалды статистикалық өңдеу параметрлік статистика әдісімен жүзеге асырылған (Microsoft Excel).

Нәтижелер және талқылау. Катаральді аппендицит 40 (4,78%) науқаста анықталса, деструктивті түрі – 796 (95%): флегмонозды - 699 (83,6%), гангренозды (перфоративті аппендицит пен периаппендикулярлы абсцессті қоса есептегенде) – 97 науқаста анықталды (11,6%).

Кесте 3 - Аппендициттің клиничко-морфологиялық түріне байланысты зерттелетін топтарға бөлу

Аппендэктомия түрі	Аппендициттің клиничко-морфологиялық түрі					
	Катаральді		Флегмонозды		Гангренозды (сонымен бірге перфоративті)	
	Абсол	%	Абсол	%	Абсол	%
Ашық аппендэктомия	23	57,5%	476	68,1%	68	70,1%
Лапароскопиялық аппендэктомия	13	32,5 %	209	29,9%	17	17,5%
Конверсиялар	3	7,5%	9	1,3%	11	11,3%
Видеоассистирленген аппендэктомиялар	1	2,5%	5	0,7%	1	1%
барлығы	40		699		97	
			836			

Кестедегі мәліметтерге сүйенсек, катаральді аппендицит кезінде 4 кезде конверсияға көшу және видеоассистенция орын алған, бұл барлық жағдайда өсіндінің атипиялық орналасуына байланысты болды (ретроцекальді, ретроперитонеальді, кіші жамбастық, бауыр асты, мықын ішек шажырқайында). Ал флегмонозды және гангренозды аппендиците конверсиялар мен видеоассистенцилар саны сәйкесінше 14 және 12 жағдайда жүргізілген, бұл өсіндінің атипиялық орналасуына және де құрттәрізді өсіндінің деструкциясына, периаппендикулярлы абсцесс пен жайылған перитонит дамуына байланысты болған.

Аз инвазивті әдістің алғаш игеру кезеңдерінде өсінді деструкциясының белгілерінің айқын болғанында және жайылған перитонит орын алғанда, клиникаға кеш қаралған науқастарға тек ашық ота жүргізілген, алайда, тәжірибе жинақтала келе аз инвазивті оталарды өсіндінің деструктивті түрінде де жүргізе бастады - 252 жағдай (31,66%), оның ішінде флегмонозды 209 (29,9%), гангренозды 17 (17,5%).

Салыстырмалы анализді негізгі екі топтар: Лапароскопиялық аппендэктомия (ЛА) және ашық аппендэктомия (ОА) арасында келесі көрсеткіштер бойынша жүргізілді - отанын ұзақтығы, стационарлық ем ұзақтығы, отадан кейінгі асқынулар жиілігі.

Отаның ұзақтығы ЛА тобында орташа есеппен алғанда $65,06 \pm 23,31$ минут (20 дан 150 минутке дейін) құрады, ал бақылау тобында бұл көрсеткіш (ОА) - $48,07 \pm 20,85$ (15 тен 140 минутке дейін) болды. Алынған мәліметтерге сүйене отырсақ,

отаға кеткен уақыт бойынша айтарлықтай өзгерістер жоқ. Әрине, барлық жиналған мәліметтер лапароскопиялық аппендэктомияның алғаш енгізіле бастағанын, әдісті игеруге кеткен уақыт аралықтың ұзақ емес екендігін ескере отыруды қажет етеді.

Стационарлық ем ұзақтығы ЛА тобында орташа алғанда $5,56 \pm 2,31$ тәулік (1 ден 22 тәулікке дейін) құраса, ОА бақылау тобының көрсеткішімен теңестіруге келерлік $5,99 \pm 2,71$ тәулік (от 1 до 20 тәулікке дейін).

Отадан кейінгі асқынулар жиілігі негізгі топта 1,26 % құраса, ал бақылау тобында (ОА) 0,9% болды. Летальді жағдай бақылау тобында бір жағдайда орын алды – 0,18%, және науқастың тым кеш қаралуына және абдоминальді сепсис дамуымен байланысты болды.

Қорытынды. Қорытындылай келе, бүгінгі таңда аз инвазивті технологиялар жағына толықтай жақтасу әлі тым ерте, әлі де болса түрлі жағдайды қарастыруды қажет етеді: науқастың ауруханада өткізген күн санын, құрттәрізді өсіндінің морфологиялық жағдайын, ота жасайтын хирургтің кәсіби және дайындық мүмкіндігін ескеруді.

Алайда, бәріне анық, лапароскопиялық аппендэктомия уақыт өте келе кең қолданыс табуда, және аз инвазивті әдісті қолдайтын негізгі аргументтер болып – ауыр жағдайлардағы уақытылы диагностика, тіндерді аз жарақаттау, минималды қайта калпына келу уақыты, операциядан кейінгі тыртықтың шағын болуы секілді көрсеткіштері айта кетерлік.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Дронов А.Ф., Котлобовский В.И., Поддубный И.В. Лапароскопическая аппендэктомия (обзор литературы и собственный опыт) //Эндоскопическая хирургия. – 2000. - №4 – С.16-20.
- 2 Саданов В.С., Шмарина И.В. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом //Эндоскопическая хирургия. – 2008.- №1 – С.9-14.
- 3 Lazare A.V., Korol R.N. Comparative assessment of laparoscopic versus standard appendectomy //Kharkiv surgical school. – 2013. - №3(60). – P.168-170.
- 4 Bregendahl S., Norgaard M. Mortality and complications after laparoscopic and open appendectomy // Polski Przegl Chir.- 2013. - №8. – P.395-400.
- 5 Hossein Masoomi, Ninh T. Nguyen. Comparison of laparoscopic versus open appendectomy for acute nonperforated and perforated appendicitis in the obese population // The American Journal of Surgery. -2011. - №2. – P.733–739.
- 6 Lucian Panait, Robert L. Bell. Two-Port Laparoscopic Appendectomy: Minimizing the Minimally Invasive Approach // Journal of Surgical Research. - 2009. - №15. – P.167-171.
- 7 Karleena R.M., Gezzar Ortega. Laparoscopic Versus Open Appendectomy in Complicated Appendicitis: A Review of the NSQIP Database // Journal of Surgical Research.- 2010.- №163.- P. 225–228.
- 8 Angela M., Mark E. Cohen, Comparison of outcomes after laparoscopic versus open appendectomy for acute appendicitis at 222 ACS NSQIP hospitals // Surgery. – 2010. – №45. - P. 626-633.
- 9 Yueh-Ming Lin, Ching-Hua Hsieh. Laparoscopic appendectomy for complicated acute appendicitis does not result in increased surgical complications // Asian Journal of Surgery. – 2012.- №35. - P.113-116.
- 10 Ching-Chung Tsai, Shin-Yi Lee. Laparoscopic versus Open Appendectomy in the Management of All Stages of Acute Appendicitis in Children: A Retrospective Study // Pediatrics and Neonatology. – 2012. - №53. – P.289-294.
- 11 Nicole M. Chandler, Paul D. Danielso. Single-incision laparoscopic appendectomy vs multiport laparoscopic appendectomy in children: a retrospective comparison // Journal of Pediatric Surgery. – 2010.- №45. – P.2186–2190.
- 12 Afif N. Kulaylat, Abigail B. Podany, Christopher S. Hollenbeak. Transumbilical laparoscopic-assisted appendectomy is associated with lower costs compared to multiport laparoscopic appendectomy // Journal of Pediatric Surgery. - 2014. - №49. – P. 1508–1512.
- 13 Brian McGrath, M.D., Michelle T. Buckius, M.D. Economics of Appendicitis: Cost Trend Analysis of Laparoscopic Versus Open Appendectomy from 1998 to 2008 // Journal of Surgical Research. – 2011. - №17. – P.161–168
- 14 Rafael V.M., Jordi E.R., Fernando H.G. Prospective, Randomized Comparative Study Between Single-port Laparoscopic Appendectomy and Conventional Laparoscopic Appendectomy // Cir esp. – 2014.- №92(7). – P. 472–477.

Ж.А. ДОЛАЕВ, Г.А. АХМЕДЖАНОВА, А.М. ЕЛИКБАЕВ, М.С. ГАДАБОРШЕВ, К.М. БУИРАЕВ

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

Городская клиническая больница №4, г. Алматы

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОЙ И МИНИИНВАЗИВНОЙ АППЕНДЭКТОМИИ В ГКБ №4

Резюме: Выполнено ретроспективное исследование 836 аппендэктомии, из них 567 (67,8%) открытых (ОА), 239 (28,59%) лапароскопических (ЛА), 23(2,75%) конверсии на лапаротомию, 7 (0,84%) видеоассистированных вмешательств. Произведен сравнительный анализ методов аппендэктомии по таким клиническим аспектам, как продолжительность операции, длительность стационарного лечения, частота послеоперационных осложнений, сопоставлены результаты традиционных и миниинвазивных методов лечения острого аппендицита в ГКБ №4, г. Алматы.

Ключевые слова: острый аппендицит, лапароскопия, конверсия, сравнительный анализ, результаты.

ZH.A. DOLAYEV, G.A. AKHMEDZHANOVA, A.M. YELIKBAYEV, M.S. GADABORSHEV, K.M. BUYRAEV

*Department of department of surgical diseases №1, Asfendiyarov KazNMU ,
CCH №4, Almaty c.*

COMPARATIVE ANALYSIS OF TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY IN CCH №4

Resume: it was performed a retrospective study of 836 appendectomies, of which 567 (67.8%) were open (OA), 239 (28.59%) laparoscopic (LA), 23 (2.75%) conversion to laparotomy, 7 (0.84%) video-assisted ones. A comparative analysis of methods of appendectomy were performed by clinical aspects such as the duration of the operation, the duration of hospital treatment, the incidence of postoperative complications, compared results of traditional and minimally invasive treatment of acute appendicitis in CCH №4, Almaty.

Keywords: acute appendicitis, laparoscopy, appendectomy, comparative analysis, results.

М.Т. Надыров¹, А.Ж. Нурмаков¹, А.Н. Баймаханов¹, Т.Е. Конурбаев², У.К. Алматаев²

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

УДК 616.6-089.165+615.35

В общехирургической клинике более половины оперативных вмешательств выполняются по неотложным показаниям и в обозримом будущем не прогнозируется снижение их количества. Известно, что экстренные операции имеют свои особенности и проблемы, требующие углубленного изучения и совершенствования. Среди них важными остаются послеоперационные инфекционные осложнения в зоне хирургического вмешательства (ЗХВ). По данным различных авторов гнойные осложнения достигают 42-72 %, а летальность от них составляет 38-60% (2,4,5,6,7,8). Такие осложнения, как известно, усложняют процесс лечения, увеличивают сроки пребывания больных в стационаре и тем самым существенно снижают показатели деятельности лечебного учреждения, а также наносит ему ощутимый экономический ущерб (4,5,6). Кроме того, послеоперационные осложнения заметно ухудшают и качество жизни больных. Такая ситуация акцентирует актуальность проблемы и требует постоянного изучения её и совершенствования (1,3,6).

В последние годы в качестве перспективного средства для улучшения лечения заболеваний и профилактики осложнений в различной сфере клинической медицины все шире используются смеси, состоящие из высокоочищенных гидролитических ферментов растительного и животного происхождения. Применение ферментов, получившее название системная энзимотерапия (СЭТ), прочно заняла место в медицине. Ферменты обладая высокой активностью и специфичностью при воспалении, травмах и других патологических состояниях оказывают противовоспалительное, противоотечное, анельгезирующее, иммуномоделирующее, тромболизирующее действия (9,10,13).

В течение ряда лет мы, с целью снижения послеоперационных осложнений, СЭТ применяем в комплексе антисептиком нового поколения, нейтральным анолитом (НА) (инновационный патент № 20473 от 25. 09. 2008, выданный

Внедрение в хирургию раствора нейтрального анолита и системной энзимотерапии снижают количество гнойно-воспалительных осложнений, и улучшают течение послеоперационного периода у больных оперированных в экстренном порядке.

Ключевые слова: нейтральный анолит, системная энзимотерапия, ургентная хирургия

Комитетом по правам интеллектуальной собственности МЮ РК).

Цель исследования. Изучить возможности принципиально новых средств антисептика-нейтрального анолита (НА) и системной энзимотерапии (СЭТ) для оптимизации результатов послеоперационного периода у пациентов, оперированных по неотложным показаниям.

Материалы и методы. Для сравнительного анализа 1327 пациентов прооперированных по неотложным показаниям были распределены на две группы (*основная и группа сравнения*). Комплекс (НА и СЭТ) применялся нами у 716 оперированных больных. Распределение больных по полу и возрасту, а также характер оперативных вмешательств представлены в таблицах 1 и 2. Как видно из таблицы подавляющее большинство операций выполнены по экстренным и срочным показаниям.

Раствор НА мы получали на установке для электрохимического синтеза типа СТЭЛ-10Н-120-01 разработанной в Центре электрохимических технологий «БИПАРЗ» Всероссийского научно-исследовательского и испытательного института медицинской техники (рис.1). Раствор применяли до операции, для обработки операционного поля и после операции, во время перевязок ран. СЭТ проводился назначением полиэнзимных таблеток Вобэнзим+(Wobenzym®plus) производства фирмы «Мукос-фарма» (Германия) до и после операции - по две таблетки три раза в день.

Для оценки эффективности предлагаемого метода проводилось изучение следующих клинических критериев:

- характер болевого синдрома в зоне операции и его динамика по методике В.С. Савельева (2002);
- выраженность гиперемии и отёка в ЗХВ и её динамика;
- характер заживления операционной раны;
- характер и количество послеоперационных местных осложнений;

- продолжительность пребывания больных в стационаре (койко-дни).

Кроме того, изучали характер осложнений в ЗХВ отдаленном периоде после операции и качество жизни больных, с применением опросника Medical Outcomes Study - Short Form (SF-36). Сроки наблюдения составили от 6-8 месяцев до 2,5 лет после операции.



Рисунок 1 - Установка СТЭЛ-10Н-120-01 для производства раствора нейтрального анолита

Таблица 1 - Распределение больных по возрасту и полу

Группы	Пол	Возраст (лет)					Всего	%
		16-30	31-50	51-70	71 и старше			
Первая (n-716)	муж 436	57	163	128	88	436	60,9	
	жен 280	32	121	93	34	280	39,1	
Вторая (n-611)	муж 358	27	159	118	54	358	58,5	
	жен 253	31	103	84	35	253	41,5	
Итого:	1327	147	546	423	211	1327	100	

Таблица 2 - Характер оперативных вмешательств

№ п\п	Операции	Число больных			
		1-я группа (n-716)		2-я группа (n-611)	
		абс. Ч	%	абс. ч	%
1.	Аппендэктомия	244	34,2	226	36,9
2.	На желчном пузыре и желчных протоках	166	23,1	131	21,8
3.	Операции на желудке и 12-перстной кишке	88	12,3	68	11,2

4.	Грыжесечение	101	14,1	76	12,5
5.	Острая кишечная непроходимость	37	5,2	33	5,4
6.	Первичная хирургическая обработка ран	51	7,1	46	7,5
7.	Торакотомия	11	1,5	14	2,3
8.	Лапаротомия	18	2,5	17	2,7
Всего:		716	100	611	100

Результаты и обсуждение. Как показали наши исследования в группе больных, где применяли комплекс НА+СЭТ, отмечалось более физиологичное течение послеоперационного периода, что было видно по улучшению исследуемых параметров. Так, в первой группе субъективно наблюдалось заметное снижение интенсивности болевого синдрома и его традиционным (таблица 2).

продолжительность, был менее выражен отёк и гиперемия в ЗХВ чем в группе сравнения, а регресс этих изменений наблюдался в более короткие сроки (графики 1 и 2). Изучение характера заживления послеоперационной раны, также, показало преимущество предлагаемого метода перед

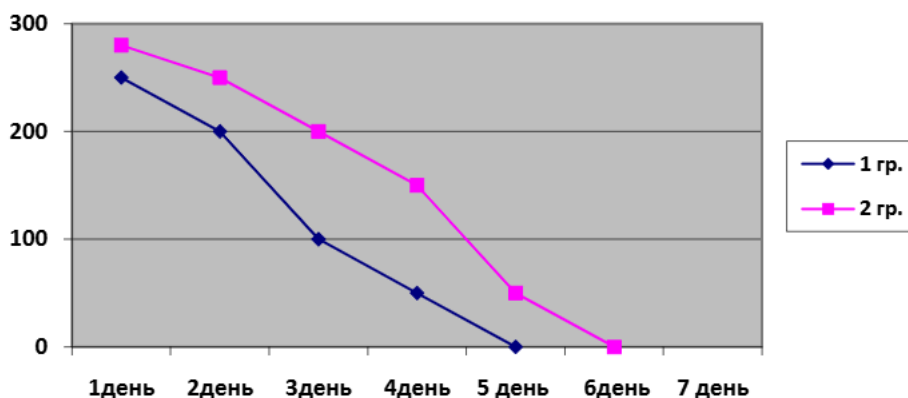


График 1 - Динамика болевого синдрома

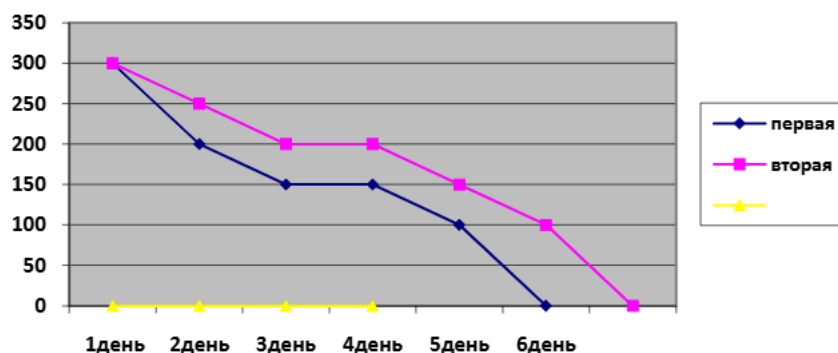


График 2 - Динамика гиперемии и отека в зоне раны

Изучение характера заживления послеоперационной раны, дающего возможность оценить противовоспалительное действие и

влияние на репарацию тканей также, показало преимущество предлагаемого метода перед традиционным (таблица 3).

Таблица 3 - Характер заживления послеоперационной раны

Группы	Характер заживления раны (в %)	
	Первичное	Вторичное
Первая	95,4	4,6
Вторая	89,1	10,9

Частота местных осложнений в ЗХВ в основной группы была достоверно ниже, по послеоперационном периоде среди больных сравнению с контрольной группой (таблица 4).

Таблица 4 - Структура и количество местных осложнений

Группы	Характер местных осложнений									
	Нагноение		Инфильтрат		Гематома		Серома		Расх.швов	
	абс.ч	%	абс. ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч.	%
1-я (n-716)	9	1,2	16	2,2	11	1,5	24	3,3	4	0,5
2-я (n-611)	24	3,9	33	5,4	18	2,9	29	4,7	16	2,6

Показатель продолжительности пребывания больных в стационаре отражен в таблице 5. Как видно из таблицы, продолжительность пребывания

больных у больных первой группы была на 3,6 дней меньше, по сравнению со второй группой.

Таблица 5 - Продолжительность пребывания больных в стационаре

Группы	Койко-дни (M ± m)	P
1-я группа (n-716)	5,8± 0,8	< 0,05
2-я группа (n-611)	9,4±1,3	< 0,05

Таким образом, предложенный комплекс нейтральный анолит + системная энзимотерапия следует рассматривать как способ оптимизации для улучшения течения послеоперационного периода и профилактики послеоперационных осложнений в зоне хирургического вмешательства. Он позволил нам снизить процент местных осложнений на 1,1% и сократить количество койко-дней на 3,6%.

В отдаленном послеоперационном периоде, в сроки от 6-8 месяцев до 2,5 лет были осмотрены и обследованы 317 больных. У них определяли характер и количество местных и общих осложнений после перенесенной операции (таблица 6). Еще у 219 пациентов было изучено качество жизни. Как видно из таблицы, что в отдаленные сроки имели место ряд осложнений, которые, безусловно, влияли на качество жизни пациентов. Так, в первой группе общее количество

осложнений составили 7,6% (9 пациентов), а во второй группе они наблюдались у 43 (20,1%) обследованных, т.е. в этой группе осложнения встречались значительно чаще (таблица 6). Так, абсцесс в зоне операционного разреза, лигатурный свищ, спаечная болезнь, проявившаяся выраженной клиникой кишечной непроходимости, повлекшее оперативное вмешательство во второй группе обнаруживались значительно чаще. Кроме того, нами отмечено, что формирование келоидного и грубого послеоперационного рубца наблюдались чаще, также, у пациентов второй группы, в то время как у пациентов первой группы послеоперационные рубцы были нежными и линейными.

При сравнении показателей качества жизни в отдаленном периоде после операции, в анализируемых группах, были выявлены статистически значимые различия.

Таблица 6 - Осложнения в отдаленные сроки

№	Осложнения	Группы			
		Первая		Вторая	
		абс.ч.	%	абс.ч.	%
1	Инфильтрат в области п/о раны	3	2,6	3	2,9
2	Нагноение раны	2	1,8	5	4,8
3	Инфильтрат брюшной полости	1	0,8	3	2,9
4	Лигатурный свищ	-	-	2	1,9
5	Абсцесс в зоне п/о рубца	1	0,8	24	1,9
6	Спаечная болезнь	1	0,8	2	3,8
7	Келоидный рубец	1	0,8	4	1,9
	Всего	9	7,6	43	20,1

Они указывали, что у больных первой группы, которым применялся предлагаемый метод, качество жизни было выше по сравнению со второй группой. Так, при изучении местных и общих осложнений, возникших в различные сроки исследуемого времени послеоперационного периода были обнаружены данные, привлечшие наше внимание. Так, в первой группе общее количество осложнений, связанных с перенесенной операцией были выявлены у 9 (7,6%) исследуемых, в то время как во второй группе количество их составило 20,1%, т.е. превышало почти в три раза (таблица 6). Следует сказать, что пациенты первой группы продолжали принимать «Вобэнзим+» и после выписки их из стационара в течение 3-4 недель. Данные, представленные в таблице 6 показывают, что в обеих группах встречались различные осложнения, однако такие как абсцесс в зоне операционного разреза, лигатурный свищ, спаечная болезнь, проявившаяся выраженной клиникой кишечной непроходимости, повлекшее оперативное вмешательство во второй группе обнаруживались значительно чаще. Кроме того нами отмечено, что формирование келоидного и грубого послеоперационного рубца наблюдались чаще также у пациентов второй группы, в то время как у пациентов первой группы послеоперационные рубцы были более нежными и линейными.

В последние годы в международном медицинском сообществе широко распространено изучение

качества жизни больных после применения для лечения новых, инновационных методов или средств лечения. В это понятие включается интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на субъективном восприятии больного, т.е. оценка качества жизни основана на «оценке данным самим пациентом» (Новик А.А., ИONOBA T.И., 2007). Эти параметры позволяют дополнить оценку новых, инновационных методов профилактики и лечения заболеваний и осложнений (Шевченко Ю.Л., Ветшев П.С., Новик А.А. и соавт., 2007).

Отдаленные результаты экстренных операций и качество жизни были изучены всего 219 больных. Из них больных первой группы - 116, второй - 103. Сроки наблюдения составили от 6-8 месяцев до 2,5 лет (таблица 7). Как видно из таблицы, в отдаленные сроки имели место ряд осложнений, которые безусловно влияли на качество жизни пациентов.

Мы изучали следующие компоненты качества жизни: общее здоровье (ОЗ), жизнеспособность (Ж), социальное функционирование (СФ), физическое функционирование (ФФ).

Результаты оценивали по четырех бальной системе, которые отмечались символами: «отлично++», «хорошо+», «удовлетворительно±» (таблица 7).

Таблица 7 - Качество жизни в отдаленном периоде после операции

Группы	Критерии качества жизни			
	ОЗ	Ж	СФ	ФФ
Первая	+	+	+	+
Вторая	+	+	±	±

Полученные данные указывают преимущество комплекса НА+СЭТ как метода для оптимизации течения послеоперационного периода. Таким образом, наши исследования позволяют заключить, что внедрение в хирургию раствора

нейтрального анолита и системной энзимотерапии открывают возможность оптимизации течения послеоперационного периода у больных, оперированных по неотложным показаниям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дубищев А.В. Мунина И.М. Перспективы системной энзимотерапии в медицинской практике // Самарский медицинский журнал. – 2002. - №1. – С. 41-43.
- 2 Колкер И.И., Помелов В.С., Жумадилов Ж.Ш., Минкина А.Е. Прогнозирование инфекционных осложнений при операциях на органах брюшной полости // Советская медицина. - 1983. - №4. – С. 29-34.
- 3 Кошкин В.М., Минаев С.В., Спесивцев Ю.А., Кнорринг Г.Ю. Полиферментные препараты в хирургической практике. – СПб.: 2004. – 112 с.
- 4 Мазуров В.И. Роль и место энзимов в современной медицине. – М.: 2001. – 216 с.
- 5 Мазуров В.И., Лиля А.М., Столов С.В. и др. Опыт применения системной энзимотерапии при некоторых заболеваниях внутренних органов // Цитокины и воспаление. - 2002. - №3. - С. 31-37.
- 6 Нурмаков А.Ж., Баймухамедов А.А., Надыров М.Т. Профилактика послеоперационных инфекционных осложнений в экстренной хирургии // Матер. юбилейной конференции с международным участием. – Чимкент: 2013. – С. 45-49.
- 7 Нурмаков А.Ж., Нурмаков Д.А., Надыров М.Т. Местное лечение гнойных ран с применением гипохлорита натрия и плацентарной ткани человека // Метод. рекомендации. – Астана: 2004. - №2. – С. 88-91.
- 8 Нурмаков А.Ж., Баймаханов А.Н., Надыров М.Т. Применение системной энзимотерапии и нейтрального анолита для профилактики и лечения послеоперационных гнойных осложнений. Информационное письмо. – Алматы: 2013. – 22 с.
- 9 Охлабыстин А.В. Современные возможности ферментной терапии // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т.11. - №5. – С. 297-299.
- 10 Поташов Л.В., Протасов А.А., Бубнова Н.А., Рудас В.С. и др. Наш опыт системной энзимотерапии в лечении гнойно-септических больных. // Сб. науч. работ 60 лет содружества. – СПб.: 2000. – С. 91-98.
- 11 Рансбергер К. Энзимы и энзимотерапия. – Мюнхен: 1999. - 243 с.
- 12 Ремезов А.П., Кнорринг. Системная энзимотерапия как способ потенцирования эффекта антибактериальных средств // Антибиотики и химиотерапия. – 2003. - №2. - Т.48. - С. 30-33.
- 13 Сизякина Л.П. Эффективность препаратов системной энзимотерапии // Мат.2-го съезда иммунологов. – Сочи: 1999. – С. 135-140.
- 14 В.С.Савельев Системная энзимотерапия профилактике осложнений послеоперационного периода. Пособие для врачей. - 2002. - 16 с.
- 15 Стручков В.И., Гостищев В.К., Стручков Ю.В. Общая и местная гнойная инфекция // Вестн. АМН СССР. – 1983. - №8. – С. 3-7.
- 16 Menzel E.J., Runge S. Enzyme als immunomodulatoren // Allgemeinmedizin. - 1999. - V.19. - № 1. –P. 140-143.
- 17 Dionigi R., et. al. Nutricional and immunological parameters for indentification of the high risk patient. – 1983. – 356 p.

**М.Т. НАДЫРОВ¹, А.Ж. НҰРМАҚОВ¹, А.Н. БАЙМАХАНОВ¹,
Т.Е. ҚОҢЫРБАЕВ², Ұ.Қ. АЛМАТАЕВ²**
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті¹,
Алматы қ. №4 қалалық клиникалық аурухана²*

ШҰҒЫЛ ХИРУРГИЯЛЫҚ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ ІРІҢДІ-ҚАБЫНУЛЫҚ АСҚЫНУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ТӘСІЛДЕРІН ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Түйін: Хирургиялық тәжірбиеге бейтарап анолит ерітіндісі мен жүйелі энзимотерапияны қолдануды енгізу іріңді-қабынулық асқынулар санын азайтып, шұғыл түрде операция жасалынған науқастардағы операциядан кейінгі кезең ағымын жақсартады.

Түйінді сөздер: нейтральный анолит, энзимотерапия

**M.T. NADYROV,¹ A.ZH. NURMAKOV,¹ A.N. BAIMAKHANOV,¹
T.E. KONURBAEV², U.K. ALMATAEV²**
*Asfendiyarov Kazakh National medical university Department of surgery№1¹,
City Clinical Hospital №1, Almaty²*

OPTIMIZATION METHODS FOR THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN EMERGENCY SURGERY

Resume: The introduction of the neutral anolyte solution surgery and systemic enzyme therapy reduces the number of inflammatory complications, and improve the postoperative period in patients operated on urgently.

Keywords: neutral anolyte, systemic enzyme therapy, urgent surgery

А.Ж. Нурмаков

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Кафедра хирургии №1 с курсом урологии

МЫСЛИ О ДЕОНТОЛОГИИ, ЭТИКЕ ВРАЧА И ВРАЧЕВАНИИ

УДК 614.253:616-089

*«Светя другим, сгораю сам»
Николас ван Тьюльп*

Значение раздела медицины, называемого медицинской деонтологией (от греч. *deontos* – должный, *logos* – учение), для врачей трудно переоценить. Основные принципы ее, введенные еще Гиппократом, в наше время, как я наблюдаю, теряют свои позиции. Эта негативная тенденция меня, как врача преподавателя с более чем пятидесятилетним стажем, волнует и вызывает отрицательную эмоцию. Поэтому счел необходимым поделиться на страницах журнала с мыслями о долге врача, в частности врача-хирурга. Деонтология, по мнению И.А.Кассирского (1970), это взаимоотношения между врачом и больным, соблюдение психологического воздействия врача на больного, врачебной этики, а также отношения врача с коллегами и со всем медицинским персоналом, с родственниками и близкими больного человека и т.д. По сути деонтология является основой врачевания. Она включает в себя понятие о врачебном долге и его профессиональных обязанностях. Вместе с ними она охватывает и нравственно-этические качества, и гражданственность, и духовность, и культуру врача. Следует отметить, что медицинская деонтология наука не новая, имеет свою давнюю и древнюю историю. Но это не значит, что она не должна быть какой-то догмой. Она, на основе богатого прошлого опыта постоянно развивается, дополняется в соответствии с достижениями науки и техники, с развитием общества. Творцами медицинской деонтологии были выдающиеся хирурги России, и мира Н.И.Пирогов, Н.В.Склифосовский, Н.Н.Петров, С.И.Спасокукоцкий, А.В.Вишневский, С.С.Юдин, Н.Н.Бурденко, Т.Бильрот, К. Де Беки, К.Бернард и др. Заметный вклад в развитие медицинской деонтологии внесли врачи-хирурги Республики Казахстан – академики и профессора А.Н.Сызганов, К.С.Ормантаев, Н.И.Изимбергенов, С.В.Лохвицкий, К.Ч.Чуваков, Г.К.Ткаченко, А.Б.Райз, А.А.Сүлейменов, Г.В.Цой, Х.Ж.Макажанов и многие другие. К сожалению, в периодической печати страны публикаций, освещающих проблемы врачебной деонтологии и этики, а также творчество наших

В статье поднимается вопрос о врачах как представителях интеллигенции, который всегда должен являться пропагандистом и носителем передовой культуры, здорового образа жизни. Нравственное поведение врача, как правило, привлекает заинтересованное и глубокое внимание у всех людей и особенно его пациентов. Жизнь и повседневное поведение врача вне служебного времени формируют его репутацию и авторитет, что в свою очередь существенно влияет на эффективность его работы.

Ключевые слова: принципы медицинской деонтологии, этика

выдающихся ученых крайне мало. На занятиях со студентами я замечаю, что их знания этого раздела весьма ограничены и они плохо представляют значение деонтологии в деятельности врача, не знают роль и место отечественных ученых в ее развитии. А они очень необходимы, особенно сейчас, когда общество переживает переход в новую общественную формацию, в новую эпоху развития, с грандиозными реформами во всех сферах жизни, в т.ч. в медицине. Сегодня достижения медицины очевидны. Успехи хирургии, например, в области трансплантации органов, эндовидеохирургии, методов диагностики и лечения больных, да и в других отраслях достигли фантастического уровня. Это и связанные с ними социальные изменения в обществе рожают новый круг деонтологических проблем. В то же время в основе практической деятельности врача неизменно остается искусство врачевания. Это хорошо развитое клиническое мышление врача, его интуиция, чуткость и доброжелательность, милосердие и мудрость. Эти качества не обеспечиваются техническими достижениями, а достигаются умом и сердцем врача, т.е. деонтологией и этикой. В этой связи, как мне представляется, в медицинских высших учебных заведениях, урокам мудрости врачевания, принципам медицинской деонтологии нужно обучать начиная с младших курсов и продолжать на всех последующих курсах. И это положение надо

бы предусмотреть при составлении типовой учебной программы. Уже с раннего периода становления будущего врача студенты должны психологически осознать значимость профессии врача в обществе и знать пути достижения высокого уровня врачевания. Это изложено в основных положениях учения о медицинской деонтологии с которыми будущие врачи должны знакомиться уже на заре вступления на путь врачевания. Опыт показывает, что в стенах медицинских вузов не на достаточно должном уровне уделяется внимание вопросам деонтологии. Это порой отрицательно отражается в последующем на деятельности и поведении наших выпускников. Заслуживает внимания в этом плане организация кафедры коммуникативных навыков в нашем университете, однако вопросы медицинской деонтологии, конечно же, выходят за рамки программы одной кафедры. Принципы медицинской деонтологии должны быть охвачены на каждой клинической кафедре и излагаться конкретно с учетом специфики специальности. Известно, что соблюдение принципов деонтологии их в последующем определяет качество его деятельности и является показателем высокого профессионализма и культуры врача. Для личности врача-хирурга комплекс моральных, этических, профессиональных качеств особенно важно. И в конечном счете эти качества определяют успешность и результативность его работы (А.Ф.Билибин, 1979). Сегодня, когда на повестке дня стоит процесс глубокого реформирования медицинского образования деонтологический компонент подготовки специалиста-врача, полагаю, должен быть центральным, стержневым и определять уровень каждого выпускника. Не случайно, что среди компетенций, которым должен владеть выпускник нашего Университета есть пункт гласящий: студент должен защищать интересы больного, быть адвокатом здоровья. Этот пункт невыполним без знания принципов деонтологии, т.е. без глубокой теоретической подготовки, без умения на высоком профессиональном уровне выполнять хирургические действия и приемы и без наличия особого врачебного характера, морально-этического потенциала и стиля мышления. Если такое обнаруживается в личности хирурга, то такой специалист становится лицом, безусловно заслуживающим особого доверия и у пациентов, и у коллектива, и у общества и государства. Как известно, качества хорошего врача-профессионала не передаются по наследству. Хорошими врачами не рождаются, ими становятся. А основы качеств хорошего врача, опять же, закладываются в стенах учебного заведения. Следовательно, каким врачом будет наш выпускник зависит только от нас, профессорско-

преподавательского состава (ППС), поэтому необходимо уделять должное внимание на то, чтобы наши выпускники всесторонне овладели знаниями медицинской деонтологии. Следует признать, ППС-ом клинических дисциплин, в частности по хирургической специальности, на практических занятиях отводится недостаточно времени (если отводится вообще) принципам деонтологии. Я помню время, когда были серьезные замечания, что мы уделяем время на разговоры о деонтологии, отвлекаясь от основной темы. Полагаю, что это неправильно. Уверен, что каждое действие преподавателя, особенно во время обхода должно быть подчинено принципам деонтологии и этики. Это, на мой взгляд, вопрос принципиальный и он сочетает обучение принципов деонтологии с воспитательной работой. Всем известно, что настоящее время увеличилось в разы различного рода жалобы со стороны пациентов и их родственников на врачей. Так, по данным общественного фонда «Аман-саулык» за три последних года поступило 11 345 обращений с жалобами на действия медицинских работников. Это во многом связано с фактами грубого нарушения принципов медицинской деонтологии со стороны врачей. Трудно это признать, но среди врачей заметно участились и случаи совершения аморальных поступков. Немалая доля ответственности за такую ситуацию, в ответе являемся мы, ППС университета. Все сказанное является серьезным сигналом и обращает внимание на необходимость поиска новых форм и методов улучшения работы среди студентов. Проводимые сегодня порой формальные методы воспитательной работы, повидимому, исчерпали себя и стали малоэффективны. Необходим творчески подход к поиску новых путей и форм такой работы. В последние годы в нашем Университете, в этом плане проводятся немало работ, на которые слышу хорошие отзывы со стороны студентов. Так, например, студентам нравятся проведение ремонта и реставраций аудиторий и учебных комнат, площадей и скверов на территории университета, присвоение аудиториям и учебным корпусам имен заслуженных ученых, выпускников. Это, безусловно, оказывает положительное влияние на патриотическое, эстетическое, гражданское воспитание студентов и способствует рождению у них одновременно чувства гордости и ответственности перед своим вузом. Далее, хорошей традицией считаю организацию встреч студентов с передовыми людьми страны. Значение такого мероприятия значительно повысилось бы от приглашения выпускников нашего вуза, практических врачей. Потому что их беседа, затрагивающая профессиональные

ситуации из практики заинтересовала бы студентов и уверен у них бы было и много вопросов к ним. Это способствует хорошей ориентационной работе среди студентов в выборе конкретной специальности к моменту окончания вуза. Кроме того, это способствует преимущественности поколений и развитию лучших традиций университета. Я глубоко убежден в том, что такие мероприятия сыграют свою положительную роль на формирование личности будущего врача.

Далее, сейчас нередки явления, когда врач изменяет своей профессии, уходит в другую отрасль или выпускники не доезжают до места работы после окончания университета. Это масштабная проблема, имеющая много причин решение которых, во многом, выходит за рамки деятельности университета. Но это, надо признать, следствие отсутствия у молодых врачей таких качеств как гуманизм, человеколюбие, милосердие, чувство сострадания к больному, доброта и др., которые должны прививаться в стенах университета.

Будучи хирургом хочу сказать, что хирургия профессия особенная. В ней более отчетливо и ярко проявляются особенности врачевания, моральные и общечеловеческие качества врача. Высокие профессиональные знания и умения хирурга, его эрудиция и компетентность блекнут, если у этого хирурга нет любви к выбранной профессии, доброго отношения к больному человеку, чувства сострадания к нему. Эти качества особенно важны, когда каждое мгновение во время операции связано с битвой за здоровье и жизнь человека. В такой ситуации высокие моральные качества помогают мобилизовать все свои силы и знания и работать, не считаясь с личным временем, неустанно вести поиск выхода из создавшегося трудного положения. Чувство долга требует от хирурга точности, аккуратности во всех действиях во время операции и в послеоперационном периоде. Быть скрупулезным при перевязках, в назначениях и записях в истории болезни, словах и обещаниях, не опасаясь, при этом, казаться быть мелочным. Нужно помнить, что в лечении больного мелочей не бывает! Самоотдача врача качество очень важная и уместны справедливые слова оставленные нам голландским врачом Николасом ван Тьюльпом «Светя другим, сгораю сам». И эти слова не требуют комментариев. В нем емко и кратко сказана вся суть содержания работы врача.

В этой связи хочу сказать об известном факте, который немаловажен для быта и благополучия врача. Не ошибусь если скажу, что он нередко отражается на качестве работы врача, а также является причиной негативных поступков врачей. Это их неудовлетворенность оценкой своего труда. Мне представляется, что честный и добросовестный

труд врачей, где он действительно «сгорает», сегодня оценивается недостаточно адекватно, причем не только в денежном выражении. Тысячи скромных врачей стоят на страже здоровья, выполняя ежедневно добросовестно и честно свою работу и в них постоянно нуждается население. Если обратить внимание на меры поощрения их труда, то появляется только чувство разочарования. В то же время такие скромные врачи находятся на самых передовых рубежах здравоохранения. Хочется вспомнить слова немецкого ученого врача-хирурга Т.Бильрота о такой категории врачей. «Если я заболел, меня может лечить вовсе не гениальный врач, но это обязательно должен быть скромный и аккуратный врач. У него лечиться гораздо лучше, чем у гениального». Эти слова ярко иллюстрируют все о работе тысяч и тысяч врачей в разных уголках страны. Мне, начинавшего практическую деятельность в маленькой сельской больнице, это хорошо известно.

...Медицинская деонтология неполноценна без врачебной этики и комплекса нравственного поведения. Известный русский писатель и врач А.П.Чехов, писал, что профессия врача – это подвиг, а врачу необходимости иметь нравственную чистоту и физическую опрятность. Врач как представитель интеллигенции всегда должен являться пропагандистом и носителем передовой культуры, здорового образа жизни. Нравственное поведение врача, как правило, привлекает заинтересованность и глубокое внимание у всех людей и, особенно, его пациентов. Жизнь и повседневное поведение врача вне служебного времени формируют его репутацию и авторитет, что, в свою очередь существенно влияет на эффективность его работы. Излагая мысль об авторитете врача думаю уместно вспомнить древнюю притчу. Арабский врач Абу Фарадж (VIII в.), пользовавшийся высоким авторитетом, говорил своему больному: «Послушай друг, послушай нас трое: это я - врач, ты - больной и она твоя болезнь. Если ты будешь в союзе со мной, то мы одолеем твою болезнь, но если ты перейдешь на ее сторону, я буду бессилем помочь тебе». В этих словах наглядный пример того, как врач своим безукоризненным авторитетом и своей репутацией может психологически мобилизовать больного, настроить его на лечение, зарядить его энергией и верой в успех. Не обладай врач должным уважением, эффект от лечения не достигнет желаемого результата.

...Внешний вид врача, его облик, одежда, стиль речи и поведения - неотъемлемые составные деонтологической проблемы. Еще Гиппократ указывал, что врачам следует «...держаться чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это

необыкновенно приятно для больных». Не следует забывать, что пациенты всегда хотят видеть своего врача идеальным специалистом и, если обнаруживают недостатки в его внешнем виде, одежде, манерах, они отождествляют их с профессиональной деятельностью. Другими словами, неопрятный, грубый врач-плохой специалист. Хорошо, когда внешность врача отражает самодисциплину, внутреннюю собранность и уверенность в себе, в лучшем смысле этого выражения. Внешний вид врача должен гармонировать с внутренним его содержанием, успокаивать больных, вызывать приятные эмоции и помогать установить доброжелательные отношения между ним и больным.

Следует также отметить, что у врача могут быть неприятные, отталкивающие от больного ощущения при виде грязного, нетрезвого, грубого больного. Но все, кто избрал труд медика, должны осознать, что в медицине нет грязной работы и «плохого» больного. Не будет доверия к хирургу, у которого хмурый взгляд, самодовольная и небрежная поза, неискренняя речь и «дежурная» неестественная улыбка. В поведении врача не должны быть признаков угодничества и подбодрения, суетливости, приторной

любезности и слащавости. Надо просто оставаться самим собой. Хороший врач обычно держится просто, говорит спокойно, ясно, сдержанно и без видимых усилий расположить к себе больных.

В заключение, хотел бы обратиться к нашей молодой смене, выбравшим себе нелегкий путь хирурга. Помните, одной из главных движущих сил в деятельности хирурга является чувство долга перед больными. Именно высокоразвитое чувство долга требует от хирурга того, чтобы все манипуляции по обследованию больного, операции, перевязки и т.д. он должен выполнять делать безупречно, со знаком высшего качества. В наше время широко применялось выражение «Legio artis», что в переводе означает безупречно, безукоризненно. Деятельность хирурга должен соответствовать этому выражению. Для этого, наряду со знаниями, полученными в университете, не следует забывать о самовоспитании. Самовоспитание врача важный фактор успеха в многотрудной и благородной работе и этот процесс начинается со студенческих лет и продолжается всю жизнь врача. Помните, тот, кто не постиг науки добра и методов самосовершенствования для достижения цели, будет сложно и трудно работать врачом. Это действительно так.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кассирский И.А. О врачевании. – М.1970 – 271 с.
- 2 Билибин А.Ф. Горизонты деонтологии. //Вестник АМН СССР. – 1979. - №5. – С.35-45.
- 3 Царегородцев Г.И., Шмаков А.В.. Этико-деонтологические проблемы медицины в

условиях научно-технической революции. /В кн. Медицинская этика и деонтология. - М.: Медицина, 1983. – С.260-270.

А.Ж. НҰРМАҚОВ

*С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университетінің
№1 хирургия кафедрасы*

ДЕОНТОЛОГИЯ, ЭТИКА ЖӘНЕ ДӘРІГЕР МАМАНДЫҒЫ ТУРАЛЫ ПІКІРЛЕР

Түйін: Мақалада зиялы қауым өкілі, озық мәдениет пен салауатты өмір салтын қалыптастыруды насхаттаушы болып табылатын дәрігер жөнінде мәселелер көтерілген. Дәрігердің қоғамдық ортада өзін ұстауы барлық адаидарды соның ішінде оның пациенттерінің қызығушылығын тудыратыны сөзсіз. Дәрігердің өмір сүру салты мен жұмыстан бос уақыттағы іс-әрекеттері ол туралы пікір мен оның беделін қалыптастырады, бұл жағдайлар өз кезегінде оның жұмысына әсерін тигізбей қоймайды.

Түйінді сөздер: Медициналық деонтология принциптері, этика

A.ZH. NURMAKOV

*Asfendiyarov Kazakh National medical university,
Department of Surgery №1*

DEONTOLOGY IN SURGERY

Resume: The doctor as a representative of the intelligentsia should always be carrier and promoter of advanced culture, healthy lifestyle. Moral behavior is a doctor, usually attracts interested and deep attention of all men, and especially of his patients. Life and daily doctor's behavior beyond the call of time form its reputation and credibility, which in turn greatly affects its performance.

Keywords: Principles of medical deontology, ethics

Д.А. Нурмаков, А.Н. Баймаханов, М.Т. Надыров, Б.К. Мукашев, А.С. Семенов

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы

СИСТЕМНАЯ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ «БЕТАЛЕЙКИНОМ» ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ

УДК 612.015.36:616.32-097.3

ИЛ-1 считается одним из главных медиаторов генерации местной воспалительной реакции и острофазового ответа на уровне организма, обеспечивая связь между иммунной, нервной, эндокринной, кроветворной и другими системами, вовлекая их в организацию и регуляцию единой защитной реакции. Его действие носит плеiotропный характер и направлено на стимуляцию функциональной активности различных клеток, участвующих в развитии врожденного и приобретенного иммунитета и экспрессирующих специфические рецепторы для ИЛ-1[1,2]. Коммерческим аналогом ИЛ-1 β является рекомбинантный препарат - «Беталейкин» (ГосНИИ ОЧБ, г. Санкт-Петербург, РФ).

В литературе имеются указания по использованию «Беталейкина» в терапии вторичных иммунодефицитных состояний и вялотекущих воспалительных процессов [3]. В хирургической практике препарат применяется при лечении больных с травмами, ожогами, трофическими язвами, абсцессами, флегмонами, перитонитами, сепсисом, послеоперационными осложнениями инфекционной природы с явлениями анергии [4,5]. Сравнительно недавно появились сообщения об успешном использовании «Беталейкина» для лечения абстинентного и постабстинентного синдромов у больных опийной наркоманией [6].

Материалы и методы исследования. С учетом вышеуказанного, нами было осуществлено парентеральное применение «Беталейкина» у больных наркоманией с гнойно-септическими постинъекционными осложнениями мягких тканей. Препарат применялся у 36 пациентов (24 мужчины и 12 женщин в возрасте от 18 до 49 лет). Схема введения рекомбинантного ИЛ-1 β подбиралась индивидуально до достижения положительного эффекта. Основанием для назначения являлись тяжелое состояние, сочетающееся с выраженным иммунодефицитом и ареактивностью; сепсис; вялотекущие гнойные процессы; отсутствие эффекта от других методов лечения; выраженная интоксикация и абстинентный синдром.

Системное и локальное применение «Беталейкина» осуществлено у 36 больных. Эффективность цитокинотерапии изучена с помощью традиционных методов оценки иммунного статуса. По результатам сопоставления динамики по-казателей оценки состояния основных звеньев иммунной системы и клеточных факторов неспецифической резистентности организма установлен достоверный иммунокорректирующий эффект применения «Беталейкина» при лечении гнойно-хирургических осложнений опийной наркомании. Статистически достоверно увеличивалось относительное и абсолютное содержание общего пула Т-лимфоцитов (CD3+) и их хелперно-индукторной субпопуляции (CD4+).

Ключевые слова: Беталейкином, наркомания

По клиническим проявлениям у взятых в разработку больных отмечались обширные нагноительные заболевания мягких тканей (27 человек, из них у 4 в сочетании с сепсисом) и ангиогенным сепсисом (9 пациентов). В большинстве случаев заболевание протекало на фоне тяжелого эндотоксикоза (24 человека). В 62,5% случаев (у 15 пациентов) цитокинотерапия проводилась на поздних этапах инфекционно-воспалительного процесса в связи с неэффективностью традиционной (антибактериальной, инфузионной, детоксикационной и т.д.) терапии. В остальных 37,5% случаев (у 9 больных) цитокинотерапию использовали на ранних этапах заболевания для усиления программы интенсивной терапии. Оценку эффективности осуществляли по динамике общепринятых клинико-лабораторных показателей и параметрам оценки иммунного статуса. В качестве последних были использованы фенотипирование основных субпопуляций лимфоцитов периферической крови с помощью моноклональных антител методом непрямой

иммунофлюоресценции, реакции торможения миграции лейкоцитов на ФГА-Р, изучение функционально-метаболической активности нейтрофилов в спонтанном и стимулированном вариантах НСТ-теста.

Результаты и их обсуждение. Системное применение «Беталейкина» сопровождалось достоверной положительной динамикой клинико-лабораторных показателей у подавляющего большинства пациентов. Так, исчезновение лихорадки уже в первые 3 суток отмечалось у 31 из 36 больных ($86,1 \pm 5,8\%$ случаев), что сочеталось с субъективным улучшением самочувствия (исчезновение заторможенности, сонливости, слабости, уменьшение болевого синдрома, появлении аппетита, нормализации сна).

Со стороны раневого процесса имело место быстрое очищение ран от гнойно-некротических масс и появление очагов грануляционного роста. В таких случаях парентеральное введение цитокина сочетали с последующим его местным применением до появления краевой эпителизации (в среднем на 4-6 сутки). У 5 больных ($13,9 \pm 5,8\%$) в течение 2-4 суток после начала терапии рекомбинантным ИЛ-1 β имела место регрессия клинико-лабораторных признаков эндотоксикоза: обрыв лихорадки, восстановление микроциркуляции (нормализация цвета кожных

покровов), показателей гемодинамики (АД, ЧСС) и функции внешнего дыхания (ЧДД). Параллельно достоверно увеличивалось относительное содержание лимфоцитов, а показатели ЛИИ и МСМ снижались до уровня субнормальных значений (таблица 1).

Нормализация исходно сниженного количества эритроцитов, концентрации гемоглобина и высоких значений СОЭ наступала на более поздних сроках после применения «Беталейкина» (в среднем на 10-14 день).

Положительная клиническая динамика, регрессия степени выраженности эндотоксикоза сопровождалась коррекцией первоначальных иммунных нарушений (таблица 2). Так, на 5-7 сутки после окончания применения «Беталейкина» статистически достоверно увеличивалось относительное и абсолютное содержание общего пула Т-лимфоцитов (CD3+) и их хелперно-индукторной субпопуляции (CD4+). При этом средние стартово низкие значения условных Т-супрессоров и цитотоксических клеток (CD8+) повышались менее интенсивно, что привело к росту иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+) до нижнего уровня нормы. Вместе с тем, абсолютное количество данной субпопуляции Т-лимфоцитов достоверно нарастало.

Таблица 1 - Динамика лабораторных проявлений эндотоксикоза у наркоманов с хирургической инфекцией на фоне применения «Беталейкина»

Показатель	Доноры (n=20)	Больные (n=36)	
		До применения «Беталейкина»	После применения «Беталейкина»
Эритроциты ($\times 10^{12}/л$)	$4,51 \pm 0,11$	$2,89 \pm 0,04$	$3,45 \pm 0,12$
Гемоглобин (г/л)	$137,4 \pm 2,8$	$98,3 \pm 2,5$	$106,3 \pm 3,8$
Лимфоциты (%)	$28,5 \pm 2,5$	$15,3 \pm 0,9$	$22,5 \pm 1,3^*$
СОЭ (мм/час)	$5,3 \pm 0,4$	$40,3 \pm 2,2$	$31,0 \pm 2,3$
ЛИИ (расч.ед.)	$1,22 \pm 0,18$	$6,12 \pm 0,43$	$2,12 \pm 0,11^*$
МСМ (усл.ед.)	$0,27 \pm 0,02$	$0,79 \pm 0,06$	$0,36 \pm 0,04^*$

Примечание: * - различие между показателями в динамике достоверно

Таблица 2 – Динамика иммунологических параметров у больных с хирургической инфекцией на фоне применения «Беталейкина»

Показатель	Доноры (n=22)	Больные (n=36)	
		До применения «Беталейкина»	После применения «Беталейкина»
Лимфоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	1,81 \pm 0,11	1,63 \pm 0,08	2,08 \pm 0,09*
CD3+ (%)	67,5 \pm 2,3	51,4 \pm 2,1	64,2 \pm 3,5*
CD4+ (%)	37,8 \pm 1,8	24,2 \pm 1,5	29,2 \pm 1,6*
CD8+ (%)	25,8 \pm 1,4	18,3 \pm 0,7	22,5 \pm 1,3
CD4+/CD8+	1,65 \pm 0,11	1,24 \pm 0,08	1,42 \pm 0,05*
CD3+ ($\times 10^9/\text{л}$)	1,16 \pm 0,08	0,85 \pm 0,07	1,33 \pm 0,06*
CD4+ ($\times 10^9/\text{л}$)	0,52 \pm 0,04	0,36 \pm 0,04	0,57 \pm 0,04*
CD8+ ($\times 10^9/\text{л}$)	0,41 \pm 0,07	0,31 \pm 0,03	0,45 \pm 0,03*
CD72+ (%)	16,5 \pm 0,8	16,5 \pm 0,7	16,2 \pm 1,2
CD72+ ($\times 10^9/\text{л}$)	0,27 \pm 0,02	0,31 \pm 0,03	0,37 \pm 0,04
HLA-DR+ (%)	26,8 \pm 1,3	41,4 \pm 2,2	33,5 \pm 2,1*
РТМЛ (ИТМЛ)	0,65 \pm 0,02	0,84 \pm 0,05	0,72 \pm 0,02
НСТ спонт. (%)	5,62 \pm 0,32	12,2 \pm 0,09	18,9 \pm 0,11*
НСТ стимул. (%)	43,8 \pm 1,9 (0,0 \pm 2,1%)	15,7 \pm 0,8 (47,2 \pm 8,3%)	28,9 \pm 1,4* (19,4 \pm 6,6%)
ИС	7,23 \pm 0,54	1,29 \pm 0,08	1,56 \pm 0,07*

Примечание: * - различие между показателями в динамике статистически достоверно

Со стороны В-лимфоцитов (CD72+) по усредненным показателям нами не было установлено достоверной динамики.

Краткосрочный прием «Беталейкина» также характеризовался уменьшением доли циркулирующих активированных моноцитов (HLA-DR+-клетки), что отражало процесс купирования гнойно-воспалительного процесса.

По данным реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) на ФГА-Р регистрировалось повышение неспецифической лимфокинообразующей активности Т-хелперной субпопуляции лимфоцитов периферической крови, о чем свидетельствовало приближение к нормативным средним величинам индексов торможения миграции лейкоцитов (ИТМЛ).

Прием цитокинового препарата оказывал положительный корректирующий эффект и в отношении функционально-метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов по данным теста восстановления нитросинего тетразолия

(НСТ-тест). Последнее проявлялось в достоверном росте средних значений спонтанного и стимулированного вариантов реакции с повышением исходно резко сниженных величин индексов стимуляции (ИС). Кроме того, до начала терапии в 47,2% случаев добавление пирогенала не стимулировало, а, наоборот, ингибировало функционально-метаболическую активность фагоцитов. В динамике лечения частота такого «парадоксального» эффекта снижалась более чем в 2 раза (с 47,2 \pm 8,3% до 19,4 \pm 6,6%). Такой тип ответа в стимулированном варианте НСТ-теста отражает истощение резервных возможностей фагоцитарной системы.

Таким образом, полученные результаты показали выраженный клинико-лабораторный и системный иммунологический эффект парентерального введения рекомбинантного аналога ИЛ-1 β - «Беталейкина» при лечении гнойно-септических постинъекционных осложнений опийной наркомании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Симбирцев А. С. Цитокины – новая система регуляции защитных реакций организма. // Цитокины и воспаление. – 2002. – Т. 1. - № 1. – С. 9–16.
- 2 Витковский Ю.А. Влияние интерлейкина-1 на свертываемость крови и фибринолиз.//Гематология и трансфузиология. – 1999. - №2. – С. 28-30.
- 3 Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А., Рязанцев С.В., Симбирцев А.С., Тимчук Л.Э. Иммуноterapia Беталейкином в комплексном лечении больных гнойным риносинуситом с затяжным и хроническим течением. Методические рекомендации. – СПб.: 2008. - 22 с.
- 4 Симбирцев А.С. Клиническое применение препаратов цитокинов. //Иммунология. – 2004. - №4. – С. 247-251.
- 5 Козлов В. К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии. – Киев: АННА-Т, 2007. – 296 с.
- 6 Вырупаев К.В. Особенности иммунитета и гемостаза у больных опийной наркоманией: автореф. ... канд. мед. - Чита, 2000. - 27 с.

Д.А. НҰРМАҚОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ, М.Т. НАДЫРОВ, Б.К. МҰҚАШЕВ, А.С. СЕМЕНОВ
«БЕТАЛЕЙКИН»-НІҢ НАШАҚОРЛАРДЫҢ ЖҰМСАҚ ТІНДЕРІНДЕ ЕГУДЕН СОҢ ТУАТЫН ІРІНДІ
ҚАБЫНУДАҒЫ ИММУНДЫҢ ЖҮЙЕГЕ ӘСЕРІ

Түйін: Парентеральді қолданылған «Беталейкин»-нің әсері 36 нашақор адамдарда зерттелді. «Беталейкин»-ді бұндай аурулардың ірінді септикалық асынуларында жүйелі түрде қолдану оның анық шипалық қасиеттерін анықтады. Аталған ем ауру адамдардың бойындағы эндотоксикозды төмендетіп, орын алған иммундық өзгерістерді қалпына келтіруде оң әсер етті. Т-лимфоциттердің (CD3+) абсолютті және салыстырмалы мөлшерінің жоғарылауы және олардың хелперлік-индуктолық субпопуляциясын (CD4+), сонымен қатар Т-супрессордың абсолютті мөлшерлерінің жоғарылауы статистикалық жолмен дәлелденді.

Түйінді сөздер: Беталейкин, нашақорлық

D.A. NURMAKOV, A.N. BAYMAKHANOV, M.T. NADYROV, B.K. MUKACHEV, A.S. SEMENOV
SYSTEMIC IMMUNE CORRECTING EFFECT OF «BETALEUKIN» AT PYOINFLAMMATORY PROCESSES
IN THE CASES OF INJECTION DRUGS USERS

Resume: The results of parenteral use of “Betaleukin” in the cases of 36 drug users having purulent and septic post-injection complications of soft tissues are studied. A systemic use of “Betaleukin” was accompanied by reliable positive dynamics of clinical and laboratorial indices in the overwhelming majority of cases. A positive clinical dynamics and regressed degree of intensity of endotoxiosis entailed correction of initial immune disorders. In particular, it was statistically and reliably observed that both relative and absolute values of T-lymphocytes pool (CD3+) and their helper-inductor subpopulation (CD4+) were increasing, and the absolute number of T-suppressors reliably increased also.

Keywords: Betaleukin, addiction

Д.А. Нурмаков

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

УДК 616-001.4-002.3-08

Проблема лечения гнойных ран различного генеза относится к числу наиболее старых разделов медицины и, имея многовековую историю, до настоящего времени не теряет своей актуальности. Антибиотикотерапия не решила основной проблемы -надежной профилактики инфекционных осложнений. Более того, под влиянием широкого применения антибиотиков изменился характер раневой микрофлоры, появились резистентные и антибиотико-независимые формы микроорганизмов, участились случаи аллергических осложнений, дисбактериозов, суперинфекции, снижения иммунологической резистентности организма и других побочных явлений [1-5].

Несмотря на достигнутые успехи в лечении хирургической инфекции, практически не наблюдается тенденции к снижению нагноительных заболеваний и инфекционных осложнений, основной причиной которых многие авторы считают резистентность возбудителей к антибиотикам и вторичный иммунодефицит [2, 5-7]. В общей структуре летальности в хирургических стационарах около 42% смертных случаев связаны с инфекцией [2, 3]. Увеличение частоты гнойно-септических осложнений связывают с расширением показаний к операциям у лиц старших возрастных групп или у больных с тяжелой сопутствующей патологией; частым использованием сложных инвазивных лечебно-диагностических методик; изменением общефизиологической и иммунной реактивности больных на фоне широкого применения иммунодепрессивных цитостатических препаратов, ухудшения экологии и т.д. [1, 2, 4, 5].

Как известно, заживление ран является сложным морфологическим, патофизиологическим и биохимическим процессом, на течение и исход которого оказывают влияние факторы, обусловленные непосредственно повреждением ткани: первичная или вторичная раневая инфекция; наличие воспаления, часто с нагноением, препятствующего естественной регенерации; уровень защитных сил организма; реактивность и исходное состояние больного [1, 2, 4]. В то же время, в последние годы появились новые факторы, оказывающие существенное влияние на течение заболеваний в целом и гнойно-воспалительные процессы в частности. К ним

Как известно, заживление ран является сложным морфологическим, патофизиологическим и биохимическим процессом, на течение и исход которого оказывают влияние факторы, обусловленные непосредственно повреждением ткани: первичная или вторичная раневая инфекция; наличие воспаления, часто с нагноением, препятствующего естественной регенерации; уровень защитных сил организма; реактивность и исходное состояние больного. Основным в лечении гнойных процессов является своевременное и широкое раскрытие гнойников и последующее рациональное их дренирование.

Ключевые слова: инфекция, гнойная хирургия

относятся изменение окружающей среды, социально-экономические факторы, злоупотребление наркотическими средствами и т.д. Действие этих факторов на клиническое течение гнойно-воспалительного процесса и особенности лечения гнойной раны изучены недостаточно [2, 4, 8, 9]. При этом традиционные методы лечения зачастую оказываются малоэффективными и возникает необходимость в их усовершенствовании, разработке новых методов и средств с использованием новейших научно-технических достижений [1-4, 8, 10].

До настоящего времени не убывает поток новых предложений по улучшению результатов лечения гнойных ран, однако ни один из способов не удовлетворяет хирургов полностью и сам факт многочисленности предлагаемых методик указывает на их недостаточную эффективность и отсутствие единой точки зрения по данной проблеме. По этому поводу С. С. Гирголав в монографии «Огнестрельная рана» (1956) писал: «Вряд ли для какой-либо другой цели в медицинской практике было предложено большее число как отдельных средств и их сочетаний (рецептов), так и целых методов и систем, чем для лечения ран» [11].

Основным в лечении гнойных процессов является своевременное и широкое раскрытие гнойников и последующее рациональное их дренирование, что способствует уменьшению всасывания продуктов распада микробов и тканей, токсинов,

ограничению процесса и скорейшему отторжению некротизированной ткани. Вместе с тем, только вскрытием и дренированием гнойного очага не всегда удается купировать воспалительно-деструктивные явления [1, 2, 12].

Стремление к быстрому удалению некротизированных тканей всегда было основной задачей хирургов при лечении гнойных ран. Такая направленность лечебных действий имеет глубокое физиологическое обоснование, т.к. в естественных условиях некролиз предшествует репаративной регенерации ран и до его завершения восстановление тканей в полном объеме невозможно. При этом общие принципы местного лечения ран сводятся к ограничению воспалительных явлений, предупреждению инфекционных осложнений и улучшению условий для регенерации в очаге поражения. Поэтому средства и препараты, используемые для местного лечения ран, прежде всего, должны обладать антисептическими свойствами, стимулировать развитие грануляционной ткани и эпителизацию раны, повышать защитные свойства тканей. Несомненно также то, что общее и местное лечение ран следует проводить с учетом микробной флоры, общего состояния организма, оценки защитных сил и стадии клинического течения раневого процесса [1, 4-6, 12, 13].

В то же время, как справедливо отметили М. И. Кузин и Б. М. Костюченко (1990), «не может быть средств или методов, пригодных для лечения ран во всех фазах заживления, поскольку слишком различны задачи лечебного воздействия на рану в фазах воспаления, регенерации и эпителизации» [1]. Поэтому принципиальные требования к местному медикаментозному лечению ран сводятся к следующим моментам. Во-первых, лечение ран должно строиться в строгом соответствии с теми изменениями, которые происходят в различные фазы раневого процесса; во-вторых, в большинстве случаев только медикаментозное лечение не может полностью обеспечить достаточно эффективного воздействия на раневую процесс; в-третьих, в настоящее время нет лекарственных средств, которые одновременно могут вызвать быстрое и полное отторжение некротических тканей, надежное подавление раневой инфекции и эффективно стимулировать регенерацию.

Если суммировать основные задачи лечения гнойных ран, то в первой фазе раневого процесса они сводятся к скорейшему очищению раны, созданию условий для адекватного дренирования и подавлению жизнедеятельности раневой микрофлоры, а во второй - к стимуляции регенерации.

В настоящее время при местном лечении ран с успехом применяются свыше 100 антисептических средств и препаратов, различающихся по своей природе и механизму действия [1, 2].

Существенный прогресс в лечении гнойных ран связан с созданием многокомпонентных мазей на водорастворимой основе и иммобилизованных ферментов [1, 2, 4, 12]. Протеолитические ферменты, выделяющиеся при аутолизе тканей, а так же продуцируемые лейкоцитами, имеют наибольшее значение в раневом процессе в период очищения. Они усиливают выход нейтрофилов и мононуклеаров из кровеносного русла в рану, фагоцитоз бактерий и продуктов распада тканей, с чем связано их опосредованное антибактериальное действие. Большинство применяемых ферментов получают из поджелудочной железы животных (трипсин, химотрипсин, панкреатическая рибонуклеаза и дезоксирибонуклеаза) или из бактериальных культур - стрептокиназа, стрепдорназа, коллагеназа, альфа-амилаза.

Однако иммобилизованные ферменты далеко не всегда доступны для использования в повседневной практике. Этому препятствуют их дефицитность и дороговизна, кратковременность воздействия, разрушающее действие на грануляционную ткань, возможность усиления общей интоксикации при активных процессах некролиза. Кроме того, могут иметь место аллергические реакции и непереносимость к водорастворимым мазям, а при длительном их применении появляется устойчивость микроорганизмов к содержащимся в их составе антибиотикам.

Узкая направленность одних и дороговизна других препаратов в условиях появляющихся все новых штаммов микроорганизмов обосновывают поиск методов эффективного местного воздействия на раневую процесс. В этой связи, особого внимания заслуживают электролизные растворы и в частности гипохлорит натрия, который обладает высокой некротической активностью, антимикробным, дегидратирующим и местным иммуномодулирующим воздействием [14-17]. Так, гипохлорит натрия обладает выраженной антимикробной активностью как в отношении грамм-положительных, так и в отношении грамм-отрицательных бактерий, включая антибиотикорезистентную флору. С другой стороны, в литературе имеются сведения, что при использовании гипохлорита натрия репаративные процессы в ране протекают значительно медленнее, а по некоторым сведениям, даже происходит торможение регенерации тканей [14, 16, 17].

В последние годы в литературе появились сведения об успешном применении электрохимически активированных растворов нейтрального анолита и католита при лечении гнойно-воспалительных заболеваний и ран [10, 15, 18]. Эффективность применения нейтрального анолита во многом подобна гипохлориту натрия и основана на выраженной бактерицидной, вирулицидной, фунгицидной и спороцидной активности раствора. Однако, как и гипохлорит натрия, анолит замедляет процессы репарации тканей. Поэтому в качестве стимулятора биологических процессов, репаративной и физиологической регенерации, стимулятора местных иммунных процессов авторами предлагается использовать католит.

Указываемые в литературе недостатки гипохлорита натрия и нейтрального анолита можно нивелировать применением в комплексном лечении гнойных ран биологической ткани, богатой активными веществами. Одним из путей решения данной проблемы может быть более рациональное применение ксеногенных и аллогенных тканей. Но, в связи с определенными техническими трудностями при заборе и сложностью обеспечения асептики, а также выраженностью видового антигенного несоответствия, ксеногенные ткани значительно уступают аллогенным.

В последнее время в качестве биологических стимуляторов раневого процесса находят широкое применение различные тканевые и белковые препараты, из которых в результате ферментативного расщепления в ране образуются биологически активные вещества. К этой группе относятся экстракты из различных органов, тканей, пленки из консервированной кожи и другие белковые препараты [1, 2, 4, 12, 19, 20]. Также успешно применяли компоненты крови в виде бактериостатической кровяной повязки или гемопасты, так называемый гемосинтолизин - препарат, приготовленный из гемолизированной крови в комбинации с гентамицином, который использовался в виде повязки на свежие раны [21]. Определенный интерес также представляет применение в качестве биологических стимуляторов раневого процесса ткани плаценты человека, богатой гормонами и гормоноподобными веществами, нейропептидами, факторов роста, ферментов и многих других биологически активных веществ [22]. Доказано, что ткань плаценты человека обладает выраженным ранозаживляющим действием, регенерирующей, гемостатической, противовоспалительной активностью, а также ускоряет нормализацию показателей местного иммунитета [23, 24]. В качестве биологического покрытия используются

свежая (нативная), криоконсервированная или лиофилизированная плацента, а также подготовленные специальной очисткой оболочки плода [22, 24, 25]. Исследователи отмечают, что применение ткани плаценты при лечении гнойных процессов в мягких тканях способствовало эффективному очищению ран от некротических тканей, ускоряло регенерацию и эпителизацию. Бактерицидные свойства биологических покрытий не установлены, а противовоспалительный эффект, по мнению авторов, обусловлен защитой раневой поверхности от вредного действия окружающей среды, нормализацией pH раневой среды и усилением фагоцитоза.

Тем не менее, широкое использование в гнойной хирургии хорошо зарекомендовавшей себя ткани плаценты сдерживается двумя основными факторами: во-первых, проблемой ее обработки и хранения; во-вторых, необходимостью предварительного очищения поверхности язв и ран.

Сравнительно недавно появились сообщения об использовании препаратов рекомбинантных цитокинов при лечении экспериментальных ран. Так, Л. В. Ковальчук (1995) применил в эксперименте гетерологичные (свиные) цитокины в лечении ран на кроликах и получил хороший результат, что проявлялось в раннем купировании воспалительных явлений, ускорении эпителизации и анальгезирующем действии [26]. Было показано, что естественный комплекс цитокинов регулирует течение раневого процесса на всех его стадиях. Так, в раннем периоде (первые 7 суток) наблюдалось усиление миграции и функциональной активности нейтрофилов, что приводило к полному очищению ран от бактериальной обсемененности. На более поздних сроках (10-19 сутки) под влиянием естественного комплекса цитокинов ускорялись такие перестроечные процессы, как появление большого количества фибробластов, образование коллагеновых волокон, нарастание эпителия с краев раны. Наряду с фибробластическими процессами также включались механизмы подавления избыточного разрастания соединительной ткани.

Вслед за экспериментальными исследованиями, появились работы об эффективном локальном использовании препаратов рекомбинантных цитокинов (Беталейкин и Ронколейкин) в клинике. В частности, О. Р. Зиганшин (2001) успешно использовал Ронколейкин для лечения хронического простатита в виде уретральных инстилляций [27], а Л. Ф. Азнабаева и А. С. Симбирцев (2008) доказали эффективность локального использования Беталейкина через трансанзальный катетер у больных с гнойными

риносинуситами [28]. Имеются данные о применении препарата Беталейкин с целью местной иммунокоррекции при лечении гнойных ран и острых абсцессов легких [29].

Таким образом, приведенные данные доступной литературы и результаты их анализа позволяют констатировать, что, несмотря на многочисленные и достаточно эффективные методы местного лечения гнойных ран, до настоящего времени лечение больных с данной патологией представляет трудную задачу. Одни способы неодинаково эффективны в различных ситуациях, другие ограничены в применении, а третьи малодоступны для широкого использования. Поэтому лечение является преимущественно

комплексным и включает использование как хирургических, так и консервативных методов и средств, направленных на подавление и ликвидацию патологических возбудителей, дезинтоксикацию, коррекцию нарушений гомеостаза, общую стимуляцию организма, повышение его защитных способностей. Более того, хирургические и медикаментозные методы лечения следует рассматривать как взаимодополняющие, а не конкурирующие или взаимозаменяемые. Такое положение обосновывает целесообразность дальнейшего поиска эффективных, экономически выгодных и доступных методов лечения гнойных ран.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1990. - 592 с.
- 2 Горюнов С.В., Ромшов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия. - М.: Бином, 2004. - 558 с.
- 3 Абаев Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции // Вестник хирургии. - 2005. - Т. 164. - № 3. - С. 107-111.
- 4 Бисенков Л.Н., Ефимов В.М. Хирургические инфекции. Руководство для врачей «Госпитальная хирургия». - СПб.: Лань, 2005. - 896 с.
- 5 Cruse P., Foord R. The epidemiology of Wound infection // Surg. Clin. N. Amer. - 1991. - Vol. 60. - № 1. - P. 27-60.
- 6 Меньшиков Д.Д., Каншин Н.Н., Пахомова Г.В., Смирнов С.В. Профилактика и лечение внутрибольничных гнойно-септических инфекций. // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2000. - № 5. - С. 44-46.
- 7 Плешков В.Г., Голуб А.В., Москалев А.П., Галкин Д.В., Козлов Р.С. Антибактериальная профилактика и качество ее проведения в абдоминальной хирургии. // Инфекции в хирургии. - 2007. - Т. 5. - № 2. - С. 20-27.
- 8 Беребицкий С.Я., Баранович С.Ю., Барабаш В.И. и др. Актуальные проблемы хирургической помощи наркоманам // Матер. науч.- практ. конф.: Современные проблемы наркологии. - Астрахань: 1999. - С.24-29.
- 9 Bell D.S., Carlson J.M., Richard A.J. The social ecology of drug use: a factor analysis of an urban environment // Substance Use and Misuse. - 1998. - Vol. 33. - № 11. - P. 2201-2217.
- 10 Девятов В.А. Применение в хирургии электрохимически активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе // Врач. - 2000. - № 5. - С.30-31.
- 11 Гирголав С.С. Огнестрельная рана. - Л.: Воен.-мед. акад., 1956. - 331 с.
- 12 Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1996. - 416 с.
- 13 Лохвицкий С.В., Оспанова К.Б., Исмаилов Ж.К., Козаченко Н.В. Иммунодиагностика и иммуномониторинг у больных с длительно незаживающими ранами и трофическими язвами // Мед. журнал Астаны. - 2000. - № 1. - С. 30-32.
- 14 Бояринов Г.А., Векслер Н.Ю. Свойства и сферы применения натрия гипохлорита // Эфферентная терапия. - 1997. - Т. 3. - № 2. - С. 5-14.
- 15 Девятов В.А., Петров С.В. Применение воды, активированной электрохимическим методом (обзор) // Хирургия. - 1998. - № 7. - С. 61-63.
- 16 Бахир В.М., Задорожный Ю.Г., Леонов Б.И. и др.; Под ред. В.М. Бахира. Электрохимическая активация: история, состояние, перспективы - М.: ВНИИИМТ, 1999. - 256 с.
- 17 Петросян Э.А., Галенко-Ярошевский В.П., Гайворонская Т.В. Эффективность применения натрия гипохлорита и мази «Содедрм» при лечении гнойной раны мягких тканей // Бюлл. эксперим. биол. и мед. - 2007. - № 3. - С. 165-167.
- 18 Девятов В.А. Применение в хирургии электрохимически активированных водных растворов и лекарственных средств на их основе // Врач. - 2000. - № 5. - С.30-31.
- 19 Арутюш Б.Н., Гостищев В.К., Хаким А.Г. и др. Применение в клинике новых композиционных биологически активных перевязочных материалов в лечении гнойных ран мягких тканей // Эксперим. и клинич. медицина. - 1991. - № 2. - С. 124-128.

- 20 Chang C.J., Yang J.Y. Frozen preservation of human amnion and its use as a burn wound dressing // Changgeng Yi Xue Za Zhi.- 1994. - Vol.17. - №4.- P. 316-324.
- 21 Ханин А.Г., Суховеров А.С. Лечение гнойных ран коллагеном с иммобилизованным гентамицином // Хирургия. - 1997. - № 6. – С. 44-46.
- 22 Клименко М.О., Субота Н.П., Пітько В.А., Татарко С.В. Порівняльна характеристика протизапальної дії екстрактів хоріона та плаценти // Фізіологічний журнал. - 2000. - Т. 46. - № 1. - С. 32-36
- 23 Изимбергенов Н.И., Жакишев Б.С., Иманбаев К.С., Калиев А.А. Иммунокорригирующая роль экстракорпоральной плацентосорбции при хирургической инфекции // International Journal on immunorehabilitation. - 2002. - Vol. 4. - №1. - P. 135-139.
- 24 Biswas N.K., Auddy B. et al. Wound healing activity of human placental extracts in rats // Acta Pharmacol.Sin. - 2001. - Vol. 22. - № 12. - P. 113-116.
- 25 Зимницкий А.Н., Котова Л.П., Пироговский Р.В., Волгарев А.В., Емельянова А.П. Аллогенный препарат плаценты человека, обладающий противовоспалительным, репаративным, антимикробным, ранозаживляющим действием, и способ его получения // Описание изобретения к патенту Российской Федерации. – 1999. - №1. – С. 56-59.
- 26 Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. Иммуноцитокينات и локальная иммунокоррекция // Иммунология. - 1995. - № 1. - С. 4-7.
- 27 Зиганшин О.Р., Ковалев Ю.Н. и др. Использование иммуноцитокинотерапии в лечении хронического простатита // Росс. журнал кожных и венерических болезней. - 2001. - № 4. - С. 9-13.
- 28 Азнабаева Л.Ф., Арефьева Н.А., Рязанцев С.В., Симбирцев А.С., Тимчук Л.Э. Иммунотерапия Беталейкином в комплексном лечении больных гнойным риносинуситом с затяжным и хроническим течением. Методические рекомендации. – СПб.: 2008. - 22 с.
- 29 Симбирцев А.С. Клиническое применение препаратов цитокинов //Иммунология. - 2004. - № 4. - С. 247-251.

Д.А. НУРМАКОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ІРІНДЕГЕН ЖАРЛАРДЫ ЕМДЕУ (ӘДЕБИЕТТЕРДІ ШОЛУ)

Түйін: Бәрімізге белгілі, жараның жазыла бастауы күрделі морфологиялық, патофизиологиялық пен биохимиялық процесс болып табылады. Оның ағымдағы нәтижесіне сәйкесінше тіннің зақымдалуына бойынша факторлар әсер етеді: бірінше және екінші жаралық инфекция; қабыну; организмнің қорғау күшінің деңгейі, науқастың бастапқы кездегі жағдайы және реактивтілік. Іріңдік процесстерді емдеуде негізгі болып іріңді уақытылы және кеңінен ашу болып келеді.

Түйінді сөздер: инфекция, ірің хирургиясы

D.A. NURMAKOV

TREATMENT OF PURULENT WOUNDS

Resume: It is known that wound healing is a complex morphological, pathophysiological and biochemical processes on the course and outcome of which is influenced by factors directly caused by tissue damage: primary or secondary wound infection; the presence of inflammation, often with suppuration, prevents natural regeneration; the level of the body's defenses; reactivity and the initial condition of the patient. The main treatment of purulent process is timely and widespread disclosure of ulcers and subsequent management of drainage.

Keywords: infection, purulent surgery

А.М. Смагулов¹, А.Н. Баймаханов², Ж.А. Калматаева³

¹ Городская клиническая больница № 4 города Алматы

² Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

³ Казахский Национальный университет им. Аль-Фараби

ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ В ДЕЙСТВИЯХ ВРАЧА ПРИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ С ПАЦИЕНТАМИ

УДК 614. 25. 253.83/84

К азахстанское медицинское сообщество начало свой отсчет с принятия Независимости Республики Казахстан. Принятие законодательных норм в соответствии с международными правовыми документами приняло болезненный и неоднозначный характер во взаимоотношениях между медиками и пациентами. Переход от патерналистской модели, где врач всегда прав, к модели коллегиальной, когда пациент сам принимает решение, приняло неожиданный оборот в сознании населения. В результате одностороннего понимания действительности резко возросло количество жалоб и судебных исков к врачам. Большой процент из них составляют конфликты на почве незнания и непонимания основ и норм права, регулирующих взаимоотношения между медицинскими работниками и гражданским населением. И виной во многих случаях являются сами медики. Знание элементарных основ права могло бысократить, а может и предотвратить на начальном этапе конфликтные ситуации. В большинстве своем, медицинские работники пасуют перед настойчивыми и нередко грубыми пациентами не зная в каком ракурсе себя вести и на какие юридические нормы опираться, чтобы защитить себя. Мы решили сделать выборку основных положений, на которые медики могут ссылаться обозначая свою позицию и тактику.

Основным правовым документом является Конституция Республики Казахстан (далее Конституция РК). В ней заложены основополагающие принципы, по которым существует и развивается наше общество. Здесь необходимо напомнить, что мы врачи, также являемся частью гражданского общества и наделены такими же правами, что и остальное население.

Медицинская общественность имеет право на признание своих прав и свобод (статья 12 Конституции РК), на защиту своих прав, включая и необходимую оборону (статья 13 Конституции РК). Нас не могут подвергать дискриминации, особенно в

В статье раскрываются распространенные конфликтные ситуации с пациентами, и должны действия медицинских работников, основанных на законодательстве Республики Казахстан

Ключевые слова: права врача, нормы права, законы, врачебная тайна, защита чести и достоинства

социальном и должностном плане (статья 14 Конституции РК). Ни один человек не имеет права унижать наше человеческое достоинство, эта норма заложена в статье 17. Статья 18 Конституции РК учит нас, что мы имеем право на личную свободу и неприкосновенность, и защиту своей чести и достоинства. Не стоит забывать, что являясь гражданами своей страны мы тоже имеем право на охрану своего здоровья, которое гарантировано государством (статья 29 Конституции РК).

Мы медики, граждане Республики Казахстан, являемся субъектами гражданских правоотношений, которые регулируются положениями гражданского кодекса (далее ГК РК). При действиях, нарушающих наши права мы можем обратиться за защитой в суд на основе статьи 9 защита гражданских прав, потребовать возмещения морального вреда (статья 141 ГК РК), отстаивать свою честь, достоинство и деловую репутацию в суде (статья 143 ГК РК, статья 182 Кодекс РК «О здоровье народа»).

Мы не должны забывать, что сведения, полученные в ходе обследования и лечения конкретного пациента, составляют врачебную тайну, и мы не имеем права раскрывать их даже после его смерти, за исключением некоторых случаев. Это право охраняется статьей 144 ГК РК, а также статьей 95 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Это дает огромное преимущество при конфликтных ситуациях, когда назойливые родственники требуют от медицинского работника всей информации и при этом делают замечания. Здесь действия врача очень просты и понятны, если

имеется письменное разрешение от пациента, в котором закреплено право о получении информации о его состоянии конкретного человека, то родственник или доверенное лицо получат ее, если нет, то не получат.

В последнее время стала очень частой тенденция снятия различных ситуаций на фото и видео мобильных телефонов. При этом нарушается право на собственное изображение, заложенное в статье 145 ГК РК. В ней говорится, что никто не имеет право использовать изображение какого-либо лица без его согласия, а в случае смерти - без согласия наследников. Опубликование, воспроизведение и распространение изобразительного произведения (картина, фотография, кинофильм и другие), в котором изображено другое лицо, допускается лишь с согласия изображенного. Отсюда вывод, при настойчивом желании пациента или его родственников снять вас на камеру, вы имеете полное право отказать ему, ссылаясь на эту норму закона.

Не секрет, что в лечебных учреждениях доходит дело и до рукоприкладства в отношении медицинских работников. При этом очень часто медики терпят это вместе с моральным унижением оправдывая свое бессилие тем, что это люди, находящиеся в стрессовой ситуации. Мы напоминаем своим коллегам, что в Уголовном Кодексе Республики Казахстан (далее УК РК), в статье 32 закреплено право каждого гражданина на необходимую оборону.

«Необходимой обороной признается правомерная защита личности и прав обороняющегося и других лиц». Право на необходимую оборону имеют в равной мере все лица независимо от их профессиональной или иной специальной подготовки и служебного положения. Врач имеет право на защиту личности, путем причинения посягающему вреда, если при этом не было допущено превышения пределов необходимой обороны

В настоящее время мы можем отмечать потребительское отношение населения по отношению к медицинским работникам. При поступлении в лечебно-профилактические учреждения пациенты и больные начинают требовать к себе повышенного внимания, истребуют, чтобы их обслужили в первую очередь. Медицинским работникам необходимо четко знать и помнить об обязанностях граждан в области здравоохранения. Все положения о которых прописаны в Кодексе РК «О здоровье народа». Пациент имеет право на достойное обращение в процессе диагностики, лечения и ухода. При этом, очередность обслуживания должен регулировать сам медработник,

исключительно на основе медицинских факторов (статья 91 Кодекса РК «О здоровье народа»).

Государство с течением определенного времени пришло к пониманию того, что население тоже должно нести ответственность за свое здоровье и заложило все это в нормы права. Все граждане Республики Казахстан должны нести солидарную ответственность за свое здоровье. При посещении медицинских работников и медучреждений они обязаны соблюдать режим, действующий в организациях здравоохранения, выполнять предписания, проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт, соблюдать правила внутреннего распорядка и бережно относиться к имуществу медицинской организации, сотрудничать с медицинским персоналом при получении медицинской помощи, не совершать действий, нарушающих права других пациентов. (статьи 90,91,92 Кодекса РК «О здоровье народа»).

Для предотвращения разных правонарушений и дискриминации работы медицинских работников законодатель закрепил право на действия с нерадивыми и непослушными пациентами и больными. При нарушении вышеуказанных прав и обязанностей медицинский работник имеет право на отказ от дальнейшего лечения, при условии, что отказ не повлечет за собой угрозу жизни больного. Министерством здравоохранения и социального развития Республики Казахстан выпущен приказ за № 761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» пункт 25, который гласит: «В случаях нарушения правил внутреннего распорядка, установленных медицинской организацией, а также в случаях создания препятствий для лечебно-диагностического процесса, ущемления прав других пациентов на получение надлежащей медицинской помощи допускается выписка пациента из стационара до завершения курса лечения (при отсутствии непосредственной угрозы жизни) по письменному распоряжению руководителя медицинской организации или его заместителя по медицинской части, о чем делается запись в медицинской карте».

Таким образом, основываясь на вышеизложенном, можно утверждать, что в Казахстане имеется нормативно-правовая база, регулирующая взаимоотношения между медицинскими работниками и населением. При знании которой, и грамотном использовании, медики имеют шансы не допускать конфликтов и жалоб. Это может способствовать повышению правовой и этической грамотности населения в области солидарной ответственности за свое здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Конституция Республики Казахстан
- 2 Гражданский кодекс Республики Казахстан
- 3 Уголовный кодекс Республики Казахстан
- 4 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»
- 5 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 сентября 2015 года № 761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи»

А.М. СМАГУЛОВ¹, А.Н. БАЙМАХАНОВ², Ж.А. ҚАЛМАТАЕВА³

Алматы қ. №4 Қалалық клиникалық ауруханасы¹

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университеті

**НАУҚАСТАРМЕН КОНФЛИКТІК ЖАҒДАЙЛАР КЕЗІНДЕ ДӘРІГЕР ӘРЕКЕТІНІҢ
ҚҰҚЫҚТЫҚ НЕГІЗДЕРІ**

Түйін: Мақалада пациенттермен көпшілік жағдайларда орын алатын конфликттік жағдайлар жөнінде баяндалған және Қазақстан Республикасының заңнамаларына негізделген медицина қызметкерлерінің әрекеттері келтірілген.

Түйінді сөздер: дәрігер құқығы, құқық нормалары, заңдары, дәрігерлік құпия, ар-намысымен қадірін қорғау.

A.M. SMAGULOV¹, A.N. BAIMAKHANOV², J.A. KALMATAYEVA³

A municipal clinical hospital № 4 Almaty city¹

Asfendiyarov Kazakh National medical university²

Al-Farabi Kazakh National University³

LEGAL FRAMEWORKS IN THE ACTIONS OF DOCTOR AT CONFLICT SITUATIONS WITH PATIENTS

Resume: describes the common conflict situations with patients and health care workers appropriate action based on the legislation of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: doctor's rights, norm of right, laws, medical secret, defence of honour and dignity.

А.А. Хамзин, Р.А. Фролов, Г.С. Абдиев, Н.Б. Каржаубаев

Городская клиническая больница №4

ВАЛИДНОСТЬ ДАННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН В РАМКАХ КРИТЕРИЕВ ШКАЛЫ PRINS

УДК 616.69—008.1

Н а протяжении всей истории человечества у мужчин имелись проблемы, связанные с индивидуальными особенностями строения мужского организма, в частности, проблемы с эрекцией. Но относительно до недавнего времени проблеме сексуальных нарушений у мужчин практикующие врачи и ученые не уделяли должного внимания, соответственно проведение эпидемиологических исследований, касающихся эректильной дисфункции (ЭД), охватывает лишь два десятилетия. Более открытая культура западных стран имеет значительный прогресс в области сексуальной медицины [1]. Во многих зарубежных исследованиях за период с 1993 по 2011 год (Solstadetal. (1993) - Trivisonetal. (2011) MMAS, Trivisonetal. (2011) MALES) приведены четкие доказательства связей эректильной дисфункции с особенностями образа жизни (гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем), ожирением, сахарным диабетом, метаболическим синдромом и его компонентами, а также описаны меры профилактики и лечения ЭД [2, 5, 6]. Большой интерес к данной проблеме проявили и ученые азиатских стран, для большинства жителей которых, тема сексуальных отношений являлась запретной, в силу традиционных особенностей. Авторами (Christopher CK Ho, PraveenSingam, Goh Eng Hongand Zulkifli Md Zainuddin) были приведены данные о распространении эректильной дисфункции, гипогонадизма и преждевременной эякуляции в Малайзии, Корее, Китае, Сингапуре и Тайланде [1]. Особый интерес представляет оценка частоты данных патологий в центрально-азиатском регионе, в частности в Республике Казахстан, являющимся государством, где перекрещиваются западные технологии и восточные традиции, на территории которого проживают представители различных национальностей и социальных групп. В исследовании IanEardley (2013) указывается, что связь между культурными, экономическими, расовыми факторами и эректильной дисфункцией недостаточно определена и заслуживает дальнейшего изучения, в связи с чем нами было проведено исследование с оценкой

Для изучения распространения сексуальных нарушений у мужчин в Республике Казахстан в 2007 году был проведен осмотр эндокринологом и урологом 2852 мужчин, с применением анкетирования (МИЭФ, AMS), из которых 2335 мужчин в возрасте от 18 до 74 лет были включены в исследование. Эректильная дисфункция была выявлена у 42,8% (1,3%) мужчин, проживающих в городе, и 46,6% (2,0%) жителей села; признаки андрогенной недостаточности определялись у 29,5% (1,2%) городских и у 30,9% (1,8%) сельских жителей. При проведении данного исследования были учтены критерии шкалы Prins, что позволяет говорить об эпидемиологии эректильной дисфункции и симптомов андрогенодефицита в Республике Казахстан

Ключевые слова: эректильная дисфункция, возрастные симптомы, половые расстройства, эпидемиология

распространения эректильной дисфункции и симптомов андрогенодефицита у жителей городской и сельской местностей [2].

Цель исследования. Определить распространение эректильной дисфункции и возрастных симптомов андрогенодефицита у жителей городской и сельской местностей Республики Казахстан на основе анкетного тестирования и клинического обследования жителей.

Материалы и методы исследования. Методом бесповторной случайной выборки были сформированы группы мужчин (n=2335) и разделены на возрастные категории – молодой возраст (от 18 до 29 лет); зрелый возраст (от 30 до 44 лет); средний возраст (от 45 до 59 лет); пожилой – (от 60 до 74 лет). Респондентами являлись жители Алматинской и Северо-Казахстанской областей в возрасте от 18 до 74 лет. Мужчины были осмотрены урологом и эндокринологом с применением анкетирования (Международный индекс эректильной функции (МИЭФ), Опросник возрастных симптомов мужчины (AMS)). Интерпретация результатов анкетирования

проводилась по рекомендациям Rosen RC, et al. (1997), наличие ЭД считалось при сумме баллов, набранных при ответах на 1, 2, 3, 4, 5, 15 вопросы МИЭФ-15, <26. Наличие андрогенодефицита считалось при наборе >26 баллов по AMS-опроснику. Критерии включения мужчин в исследование: согласие на проведение осмотра и анкетирования, полное заполнение предоставленных опросников (МИЭФ-15, AMS-опросник, карта обследования мужчины); критериями исключения из исследования являлись отказ от проведения обследований и неполное заполнение опросников. Учитывая критерии

включения/исключения респондентов, из 2852 обследованных 517 мужчин не были включены в исследование. Статистическая обработка проводилась с помощью прикладных программ STATISTICA 7.0 и MS EXCEL 2007, на основе которых произведена оценка результатов с использованием критерия z с поправкой Йейтса. При проведении данного исследования были учтены критерии шкалы Prins [3], что позволяет говорить о распространении или эпидемиологии эректильной дисфункции и возрастных симптомов в Республике Казахстан.

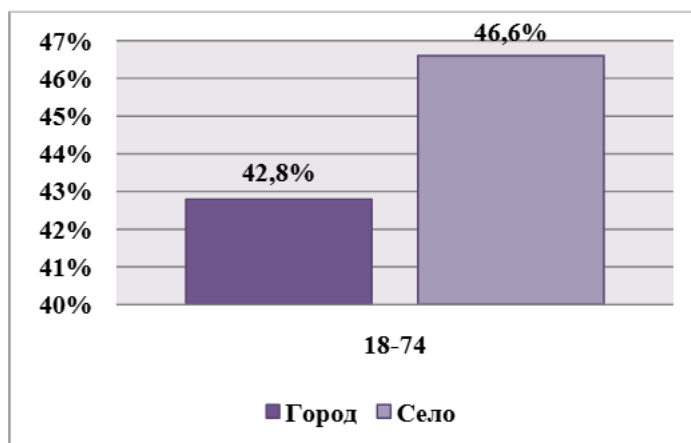


Рисунок 1 - Распространение эректильной дисфункции в возрастной группе 18-74 лет

Результаты исследования. При анализе заполненных анкет МИЭФ выявлено, что признаки ЭД широко распространены среди мужчин как городской, так и сельской местности. Обращают на себя внимание высокие средние показатели ЭД в группе мужчин молодого возраста – у каждого третьего мужчины (разница в 3,9% между распространением среди городского и сельского

населения оказалась статистически незначимой ($z=1,18$). Показатели общей распространенности (СОД – стандартная ошибка доли) эректильной дисфункции среди жителей города составили 42,8% (1,3%), среди сельских жителей – 46,6% (2,0%); разница статистически не значима ($z=1,51$), (рисунок 1).

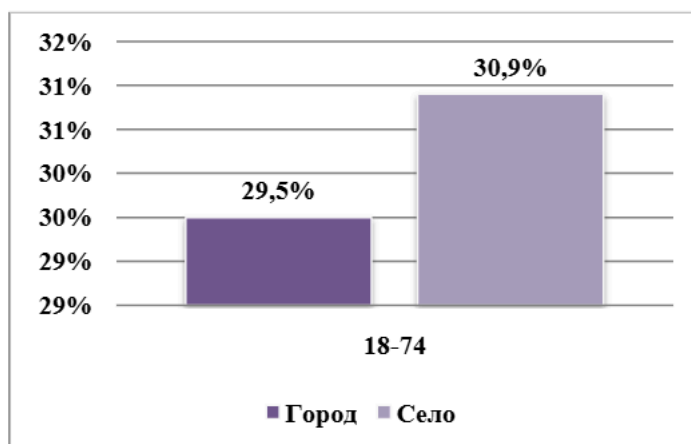


Рисунок 2 - Распространение возрастных симптомов в возрастной группе 18-74 лет

Мы лишь можем предположить, что широкое распространение ЭД у мужчин, проживающих в городе, можно объяснить особенностями жизни,

которой свойственна большая частота стрессовых ситуаций, более напряженный ритм жизни; в сельской местности – более худшими условиями

медицинского обеспечения и плохой осведомленностью мужчин относительно этой проблемы. Полученные в исследовании данные в полной мере не позволяют ответить на причины этих особенностей, и они, естественно, нуждаются в дополнительном изучении. Представленные на рис. 2 данные отражают распространение возрастных симптомов мужчин в Республике Казахстан. Статистически значимой разницы частоты признаков возрастного андрогенодефицита между городскими и сельскими жителями не выявлено (29,5% (1,2%) и 30,9% (1,8%) соответственно).

Выводы. Эректильная дисфункция и возрастные симптомы мужчин широко распространены среди населения Казахстана. Сексуальные нарушения у мужчин в Республике Казахстан часто встречаются как среди городского, так и среди сельского населения: эректильная дисфункция - 42,8% (1,3%) (город), 46,6% (2,0%) (село); признаки андрогенной недостаточности - 29,5% (1,2%) (город) и 30,9% (1,8%) (село). Учитывая высокую распространенность половых расстройств у сельских жителей, необходимо улучшение андрологической помощи данной группе населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Christopher CK Ho, Praveen Singam, Goh Eng Hong and Zulkifli Md Zainuddin. Male sexual dysfunction in Asia // Asian Journal of Andrology. – 2011. - №13. – P. 537–542.
- 2 Eardley I. The incidence, prevalence, and natural history of erectile dysfunction // Sex.Med.Rev. – 2013. - №1. – P. 3–16.
- 3 Prins J, Blanker MH, Bohnen AM, Thomas S, Bosch JL. Prevalence of erectile dysfunction: A systematic review of population based studies // Int J Impot Res. – 2002. - №14. – P. 422–432.
- 4 Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: Prevalence and correlate identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors // Int J Impot Res. – 2005. - №17. – P. 39–57.
- 5 Зельцер М.Е., Хамзин А.А., Фролов Р.А. К распространению эректильной дисфункции и гипогонадизма в Казахстане // Вестник эндокринологии. - 2012. - С. 35 – 37.
- 6 Хамзин А.А., Фролов Р.А., Зельцер М.Е.. Влияние патологии предстательной железы на развитие эректильной дисфункции и гипогонадизма // Вестник КазНМУ. – 2013. - №4(1). – С. 12-17.

А.А. ХАМЗИН, Р.А. ФРОЛОВ, Г.С. АБДИЕВ, Н.Б. КАРЖАУБАЕВ

*№4 қалалық клиникалық аурухана***PRINS ШКАЛАСЫНЫҢ ӨЛШЕМІ АЯСЫНДА ЕРЛЕРДІҢ СЕКСУАЛДЫ ДИСФУНКЦИЯСЫ
БОЙЫНША ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ МӘЛІМЕТІНІҢ АНЫҚТЫҒЫ**

Түйін: Қазақстан Республикасында 2007 жылы ерлер арасында сексуалды бұзылыстарды зерттеу үшін эндокринолог пен урологтың тексеруі жүргізіліп, анкеталау қол қолданылып (МИЭФ, AMS), соның ішінде 2335 ер кісі 18 ден 74 жасқа дейін зерттеуге енгізілді. Эректильді дисфункция қалада тұратын ер кісілерде 42,8% (1,3%) және ауыл тұрғындарында 46,6% (2,0%) анықталды; андрогендік жетіспеушілік белгілері қаланың тұрғындар арасында 29,5%(1,8%), ауыл тұрғындарында 30,9% (2,0%) анықталды. Қазақстан Республикасындағы эректильді дисфункция эпидемиологиясы және гипогонадизм жайында айтуға мүмкіндік беруге зерттеулер жүргізу барысында Prins шкаласының критерилері ескерілді.

Түйінді сөздер: эректильдідисфункция, гипогонадизм, жыныстық бұзылыстар, эпидемиология.

A. A. KHAMZIN, R. A. FROLOV, G. S. ABDIEV, N. B. KARZHAUBAEV

*City Clinical Hospital №4***VALID DATA OF EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF MALE SEXUAL DYSFUNCTION WITHIN
CRITERIA OF PRINS'S SCALE**

Resume: To study the prevalence of male sexual disorders in the Republic of Kazakhstan, the survey by the urologist and endocrinologist with the use of self-reported questionnaires (IIEF and AMS) was conducted in 2007. 2335 of 2852 men aged 18–74 years completed the survey. The prevalence rates for erectile dysfunction were 42,8% (1,3%) for 18- to 74-year olds urban residents and 46,6% (2,0%) for 18- to 74-year olds rural residents; symptoms of androgen deficiency were defined at 29,5% (1,2%) of men and 30,9% (1,8%) of men respectively. The scale devised by Prins was used for the survey in order to be considered a valid epidemiological study.

Keywords: erectile dysfunction, ageing male symptoms, sexual disorders, epidemiology.

ТЕРАПИЯ | ТЕРАПИЯ THERAPY

С.У. Умарова, Г.Н. Идрисова, Д.С. Сундетова, М.Р. Абдыкасымова

¹ С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, ішкі аурулар пропедевтикасы кафедрасы

² №4 қалалық клиникалық аурухана, терапия бөлімі

БАУЫРДЫҢ АЛКОГОЛЬДІ АУРУЫНЫҢ КЛИНИКО-БИОХИМИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ

УДК 616.43;616-008.9:616.39

Ө зектілігі: Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымының мәліметтеріне сүйенсек, жылына 2,5 млн. адам алкогольді асыра пайдаланудан көз жұмады екен. Соның ішінде 320 мың адам 15-29 жас аралығындағы жастарды құрайды. Республикалық ғылыми практикалық орталықта психиатрия, психотерапия және наркология 2009 жылғы мәліметтері бойынша бауыр ауруларының 63% алкогольден болады. Алкоголизм бойынша, 2008 жылдың көрсеткіші - Қазақстанда 303 мың (100 000 адамға шаққанда) тіркелген болса, 2011 жылы 327 мың адам (100 000 адамға шаққанда) тіркелген екен. Алкогольді ұзақ әрі жүйелі түрде пайдаланудан ағзалардың құрылымы мен қызметтік ерекшелігі бұзылады. Соның ішінде бауырдың алатын орны ерекше. Бауырдың алкогольді ауруларын бауырдың майлы дистрофиясы, алкогольді гепатиті және бауырдың алкогольді циррозы құрайды. Жасы және жынысына байланысты әйелдерге қарағанда ерлерде 2 есе жиі кездеседі. Орта жасты 45-50 құрап отыр, яғни жұмыс жасындағы кісілер.

Мақсаты: Бауырдың алкогольді ауруының клиникалық және клинико- биохимиялық көріністерін анықтау.

Зерттеу материалдары мен әдістері: 2013-2014 ж. аралығында № 4 ҚҚА (Алматы қ.) терапия бөлімінде бауырдың алкогольді аурумен түскен 27 ауру тарихы алынып, талдаудан өткізілді. Олардың ішінде 16 науқас алкогольді цирроз, 8 науқас алкогольді гепатит, 3 науқас алкогольді майлы дистрофия кездесті.

27 науқастың ішінде 17 (62,96%) ер адам, 10 (37,03%) әйел адам. Анамнезінде алкогольді жиі қабылдаған, орташа алкогольді қабылдау уақыты 13,5±1,5 жыл. Аурудың ұзақтығы 8±1,2 жылды құрайды. Науқастардың орта жасы 43±2,3 жасты құрайды. 11 (40,07 %) науқас 3 аптадан 3 айға

Мақалада ұзақ ауқыттан бері алкогольдік ішімдіктерді қабылдайтын кісілердегі АБД созылмалы алкогольдік бауыр дертінің клиникалы көріністері мен и биохимиялық көрсеткіштері өзгерістерінің ерекшеліктері көрсетілген.

Түйінді сөздер: алкогольді бауыр ауруы, уытты әсер, клиникалық көрініс, биохимиялық өзгеріс

дейін созылған үздіксіз алкогольды қабылдаудан кейін түсті.

Барлық науқастарда клиникалық және лабораторлық пен аспаптық зерттеулер, олардың ішінде сұрастыру, қарау, пальпация, перкуссия, сонымен қатар жалпы қан және зәр талдауы, бауырлық сынамалар (АлАТ, АсАТ, билирубин, сілтілі фосфатаза, жалпы белок, креатинин, мочевиана) жасалынды. Аспаптық зерттеуде құрсақ мүшелеріне ФГДС, УДЗ, КТ және кей жағдайда МРТ жүргізілді. Бауыр дертінің нақты себебін анықтау мақсатында гепатит вирустері В және С маркерлері анықтау қолданылды. Талдауға гепатиттің В және С вирустері теріс көрсеткіш берген науқастар алынды.

Зерттеу нәтижесі: Сұрастыру кезінде жасына және жынысына байланыссыз барлық науқастарда (100%) оң жақ қабырға астында ауыру сезімі, диспепсиялық синдромның келесі симптомдары- жүрек айну (53%), құсу (50%), тәбеттің төмендеуі (37%), тәбеттің жоғарлауы (23%), сонымен қатар астено-невротикалық көріністер: әлсіздік (88%), көңіл күйдің төмендеуі (76%) байқалды. Бұдан басқа 16 (59,2%) науқаста холестатикалық синдром симптомдары - ауыздағы ашшы дәм (56,3%), терінің қышуы (33,15%), ал 6 (22%) науқаста субфебрильді температура, 1 науқаста полиартралгия және 39°C дейін қызба анықталды. Алкогольді цирроз және гепатитпен ауырған әрбір 5-ші науқаста креатинин және мочевиана

көрсеткіштері жоғарлаған. Объективті көріністе: 17 (62,9%) науқаста тері жабындысы мен көздің ақ қабығының әр түрлі деңгейдегі сарғаюы - қоңыр сарғыштан қызыл сарғыштануға дейін анықталды. 6 (22,2%) науқаста тек көздің ақ қабығының сарғаюы байқалса, бауыр циррозы бар 16 (100%) науқаста иық бұлшық етінің атрофиясы анықталды және тағы осы науқастардың барлығында «таңқурай» түстес тілі мен «қызарған алақан», шемендік және көзге көрінетін варикозды кеңейген көк тамыр тарбақтары мен аяқтарында ісінулер айқын болды. Бауыр өлшемдері барлық (100%) науқастарда ұлғайған, бұғана орта сызығымен орта есеппен 3-5 см қабырға доғасынан шығыңқы. Тексерістегі бауыр дерті бар науқастардың барлығында көк бауыр өлшемі 4-5 см-ге ұлғайған, ал алкогольді гепатиті бар науқастардың ішінде 4 (25%) науқаста 2-3 см қана ұлғайған. Қан тамыр жұлдызшалары - 2 (0,07%), ал тері асты қан ұюлар әр түрлі деңгейде бауыр циррозында жиі (78%) кездесті. Қанның жалпы тексерісінде – алкогольді цирроз және алкогольді гепатитпен ауырған барлық науқастарда лейкоцитоз ($12,8$ ден $27 \cdot 10^9$ /л дейін және ЭТЖ (27 ден 70 мм/сағ) жоғарлауы анықталды; циррозға шалдыққан науқастардың 87%-да анемия (Hb $78-81$ г/л; Эр. – $2,2-2,5 \cdot 10^{12}$ /л) анықталды; тромбоциттер саны осы науқастардың 37,5% -да $168-148 \cdot 10^{12}$ /л аралығында болды, яғни 3 есе төмендеген. Қанның биохимиялық зерттеуінде айқын өзгерістер байқалды, яғни барлық алкогольді цирроз және алкогольді гепатитпен ауырған науқастарда АсАТ АлАТ-қа қарағанда айқын жоғарлаған. Осыдан бауырдың токсикалық зақымдануын байқауға болады. Алкогольді

гепатитте билирубин 3-30 есе жоғарлаған. Циррозда тек 2-3 есе арасында шамалы жоғарлаған. Майлы дистрофия кезінде 2 жағдайда АсАТ және билирубин көрсеткіші сәл жоғарлаған. Науқастардың 3/1-де сілтілі фосфатаза 5-10 есе ұлғайған, гипопроteinемия барлық (100%) науқастарда кездесті, ал алкогольді гепатитпен ауыратын науқастардың 30%-да белок мөлшері 27- 46г/л құрады. УДЗ және КТ қорытындысы бойынша барлық (100%) жағдайда бауырдың ұлғайғаныны анықталды. Бауыр тығыздалған, диффузды өзгерген. МРТ-да - 3 жағдайда бауырдың майлы дистрофиясы дәлелдеді.

Қорытынды: Жүргізілген зерттеулерде бауырдың алкогольді зақымдануындағы биохимиялық көрсеткіштер өзгерісінің ерекшеліктері байқалды. Алкогольдің бауыр жасушаларына тікелей зақымдау әсері цитоллиз синдромы (АсАТ, АлАТ жоғарлауы) арқылы айқын дәлелденді. Холестазды – бауырдың токсикалық ауруларының негізгі белгілерінің бірі ретінде сілтілі фосфатаза жоғарлауы айқындалды. Зерттеу нәтижесінде бауырдың алкогольді дертінің ерекше клиникалық көріністерінің анықталды - олар: бауыр жетіспеушілігінің кіші белгілерінен «қан тамыр жұлдызшаларының» өте сирек дамуы, бауыр өлшемдерінің айқын ұлғаюы мен оның тығыздалуы және холестаз синдромының клиникалық белгісі ретінде айқын көрініс беруі мен майлы дистрофиялық өзгерістердің нақты дамуы; ал биохимиялық көрсеткіштерінен – АсАТтың АлАТ-қа қарағанда айқын жоғарлауы мен СФ-ның жоғарлауы - бұл алкогольдің ұпты әсерін, яғни бауыр жасушаларында некроттық өзгерістерінің дамуы мен өт іркілісін дәлелдейді.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Русакова О.С., Гармаш И.В., Гушин А.Е. и др. Алкогольный цирроз печени и генетический полиморфизм алкогольдегидрогеназы (АДГ) и ангиотензиногена. // Клин. фармакология и терапия. – 2006. – № 5. – С. 22–33.
- 2 Самсонов А.А. Эссенциальные фосфолипиды – «золотой стандарт» в терапии алкогольного стеатогепатита // Мед. вестник. – 2007. – №10. – Р. 1-4.
- 3 Day C. Alcoholic liver diseases. Ceska a slovenska gastroenterol // Hepatology. – 2006. – №60(1). – Р. 67–70.

С.У. УМАРОВА, Г.Н. ИДРИСОВА, Д.С. СУНДЕТОВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА
КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

Резюме: В статье представлены особенности изменения биохимических показателей и клинические проявления АБП у лиц, длительно употребляющих алкоголь.

Ключевые слова: алкогольная болезнь печени, токсическое воздействие, биохимические изменения

S.U. UMAROVA, G.N. IDRISOVA, D.S. SUNDETOVA, M.R. ABDYKASYMOVA
CLINICAL AND BIOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Resume: The article presents the features of changes of clinical manifestations and biochemical parameters of alcoholic liver disease in individuals taking alcohol for a long time.

Keywords: alcoholic liver disease, toxic effects, biochemical changes

А.Б. Мустафин, Л.К. Тукаева, Р.Т. Жусупова, Д.С. Сундетова, М.Р. Абдыкасымова

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра пропедевтики внутренних болезней

² Городская клиническая больница №4 г. Алматы, терапевтическое отделение

КО-ИНФЕКЦИЯ ГЕПАТИТА С И ВИЧ

УДК 616.32-002:616.9:612.017.1-085(574)

Ко-инфекция вирусом гепатита С (ВГС) и вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) достаточно распространена, главным образом потому, что вирусы имеют общие пути передачи. По данным различных авторов, распространенность ВГС-инфекции среди ВИЧ-инфицированных пациентов варьирует от 33 до 59% [1, с.539; 2, с.53], а у лиц, употребляющих внутривенно различные наркотические средства, может превышать 80% [3, с.27]. Изменение в последние годы спектра патологии, ассоциирующейся с ВИЧ-инфекцией, означает, что для ВИЧ-инфицированных лиц принципиальное значение приобретают заболевания, не игравшие прежде существенной роли. Среди таких заболеваний важное место занимают вирусные поражения печени, в частности хронический вирусный гепатит С (ХВГС). ВИЧ и синдром приобретенного иммунодефицита оставляли в тени гепатит С в течение многих лет. В настоящее время ХГС все в большей степени определяет заболеваемость и смертность ВИЧ-инфицированных больных. Ко-инфекция обоими вирусами создает несколько особых проблем. Гепатит С делает ВИЧ сильнее. Возможно, это связано с повреждениями печени [4, с. 865; 5, с. 615]. Однако, Гепатит С не вредит антиретровирусным (АРВ) препаратам [5, с.615].

Материалы и методы исследования.

В статье представлены результаты собственного исследования, посвященные особенностям клинического течения ХГС у ВИЧ-инфицированных больных с развитием СПИДа различной стадии. Показано, что клиническая и клинико-биохимическая картина ХГС на фоне ВИЧ-инфекции имеет свои особенности течения, как преобладание симптомов интоксикации, астенические проявления и полиорганная недостаточность с выраженным увеличением АсАТ неизменным уровнем билирубина

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, хронический гепатит С, биохимические тесты, наркозависимость

С целью изучения особенностей клинического течения хронического гепатита С (ХГС) у ВИЧ-инфицированных больных нами проведено обследование 17 больным с установленным ХГС, пролеченных в терапевтическом отделении ГКБ№4 за период 2014- 2015гг. При этом все больные имели стаж наркомании от 5-12 лет, основным наркотическим препаратом, используемым больными был инъекционный героин. Из 17 больных 14 (82,4%) составили мужчины, а 3 (17,6%) - женщины.

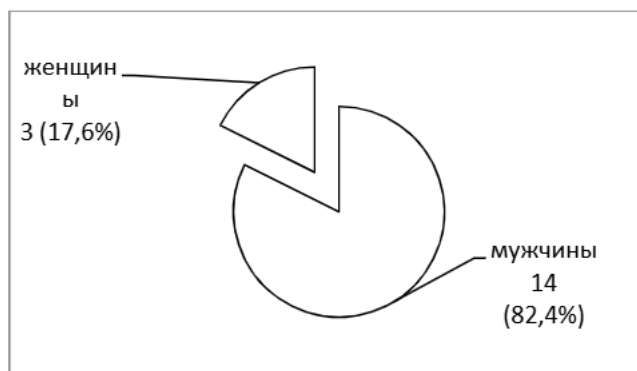


Рисунок 1 - Гендерная характеристика пациентов

Возраст больных колебался от 29 и до 64 лет, но основной контингент (13/76,5%) был в пределах 29 – 52 лет.

Давность заболевания гепатитом С у больных составила от 1 и до 5 лет. Диагноз подтвержден специальными иммунологическими тестами, т.е. на

основании определения в сыворотке крови больных HCV Ig G методом ИФА и обнаружения в плазме крови РНК HCV методом ПЦР. Все ВИЧ-инфицированные больные на момент лечения с подтвержденным диагнозом состояли на учете в городском СПИД центре на протяжении от

1-3- 5 лет и периодически получали ВААРВТ. Из них находились в 1 стадии – 7 (41,2%); во 2-ой – 5 (29,4%); в 3-ей – 3 (17,6%) и в 4-ой - 2 (11,7%) больных согласно классификации В.И. Покровского (2006).



Рисунок 2 - Характеристика ВИЧ-инфицированных по клинической стадии

Всем больным с ХГС проведено стандартное общеклиническое и клинико-лабораторное, включавшее общий анализ крови и его биохимическое исследование на печеночные пробы: АлаТ, АсаТ, билирубин и его фракции, белок и его фракции, помимо данных анализов проводилось исследование коагулограммы – ПТИ, МНО; а также инструментальное исследование, как УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, отдельным больным проведена КТ органов грудной клетки и брюшной полости.

Диагноз ВИЧ подтвержден в СПИД-центре г.Алматы методом иммуноблоттинга к белкам иммунодефицита человека.

Результаты и обсуждение. Клинические проявления хронического гепатита С у больных с ВИЧ-инфекцией с наркозависимостью в анамнезе характеризовались следующими разнообразными симптомами общего характера. Независимо от стадии течения ВИЧ-инфекции все (100%) больные поступали с высокой температурой, которая колебалась у 6 (35,3%) от 37,5° до 38,5°С; а у 11(64,7%) от 38,5°С до 39,5°; при этом основными жалобами являлись головные боли (7/41,2%),

головокружение (8/ 47,05%), слабость и недомогание (14/82,4%), одышка (8/47,05%); диспепсические жалобы в виде снижение аппетита (5/29,4%) и тошноты и рвоты (6/35,3%); похудание (11/65%); несмотря на наличие гепатомегалии у всех (100%) больных, боли и тяжесть в правом подреберье отметили 3 (17,64%). Помимо данных жалоб в единичных случаях (от 1 до 3) были боли в нижних конечностях, отеки на ногах, кашель с мокротой, сухой кашель, потливость, сухость во рту, сердцебиение, шум в ушах. У всех больных вышеуказанные жалобы свидетельствовали о наличии симптомокомплекса интоксикации от основного заболевания, т.е. ВИЧ – инфекции на фоне длительной наркозависимости, от умеренно-выраженной до выраженной степеней, и в большей степени эти жалобы выходили на первый план, делая клиническую картину хронического гепатита С малозначимой и скудной. Объективная симптоматика гепатита С проявлялась гепатомегалией у всех (100%) больных, умеренным увеличением селезенки у 7(41,2,%); субиктеричностью склер у 8(47,05%) (рисунок 3).

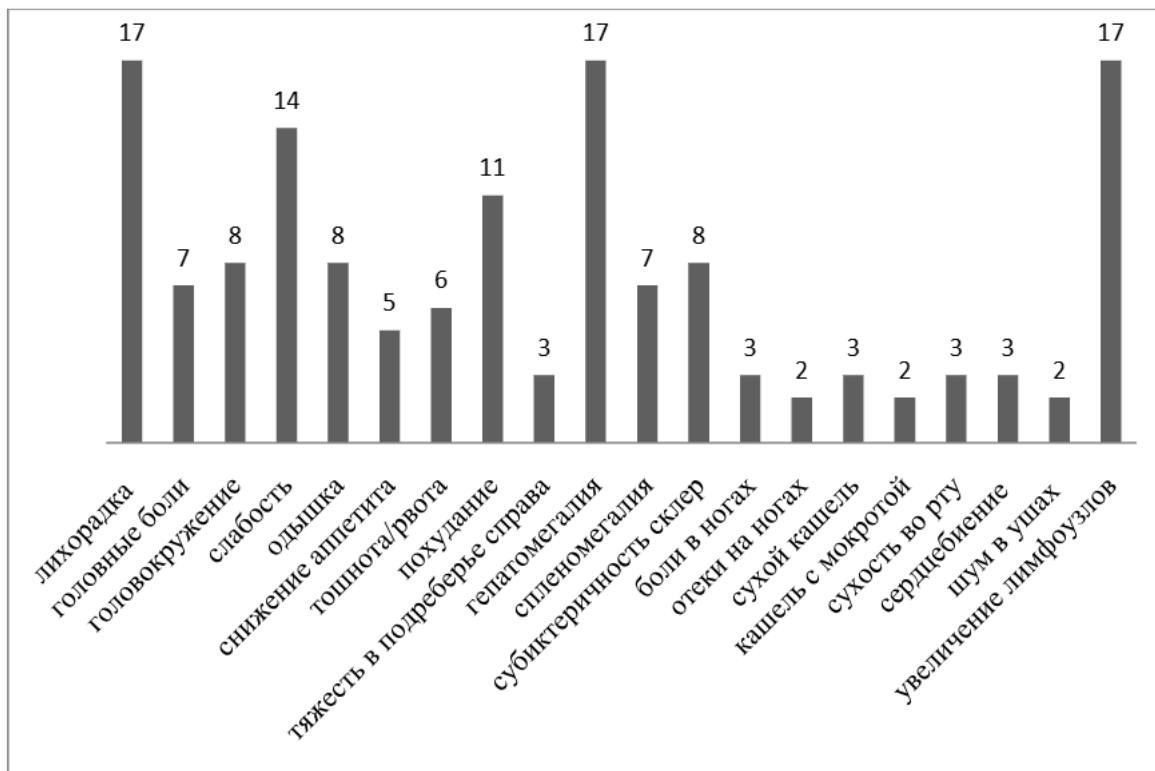


Рисунок 3 - Клинические проявления у обследованных больных (n = 17)

Типичными объективными симптомами основного заболевания явились наличие у всех (100%) увеличенных подмышечных и паховых лимфоузлов; анемия, выраженной степени имела у 13 (76,%) больных; пониженное питание - у 14 (82,4%). У 2 пациентов в 4 стадии заболевания имелись пневмоцистная пневмония, потеря веса более 10%, кандидоз полости рта, инфицированная рана стоп, эзофагит, туберкулез; у 3-х больных с 3-ей стадией ВИЧ имелся туберкулез легких.

У всех (100%) имела сопутствующая патология, как хронический панкреатит (7/41,2%), хронический пиелонефрит (6/35,3%), хронический холецистит (11/64,7%); при этом они сочетались между собой свыше у 2/3 (13/76,5%) больных. Кроме того, все больные с установленным диагнозом В20 поступали в клинику после экстренного вызова бригады скорой помощи с различными диагнозами. Так, например, с диагнозом «Лихорадка неясной этиологии» - 9; пневмония - 4; анемия - 3.

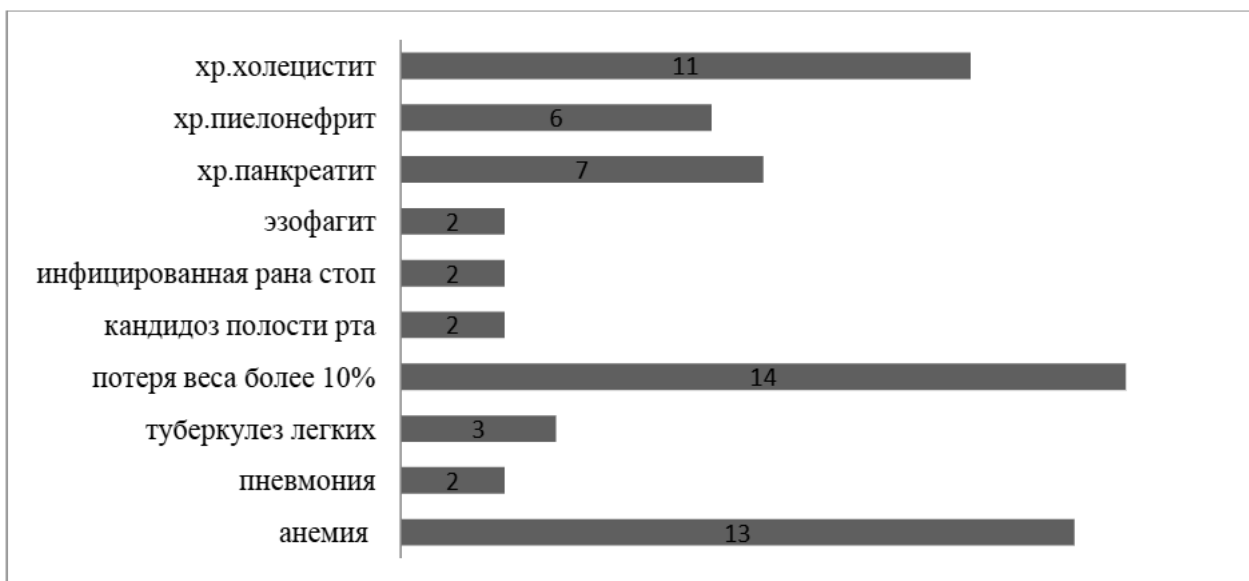


Рисунок 4 - Коморбидность у обследованных больных (n = 17)

Клинико биохимические показатели (Т6) характеризовались выраженными изменениями АсАТ, колебавшиеся в пределах 55,1 – 95,2 у 15 (88,2%) Единственное при этом у этих же больных АлАТ оставался на уровне 23,0-43,7ед. (коэффициент Ритиса равен 2,6) при средних нормальных показателях 36,0±0,98 и 44,0±1,12ед. соответственно. У 2 (11,8%) больных АсАТ был 206 и 323ед при показателях АлАТ равных 87 и 169 ед. Повышение трансаминазных проб, а именно АсАТ у всех больных были при нормальных показателях общего билирубина и его фракций, что свидетельствует о выраженном токсическом поражении печени, т.е. о некрозе гепатоцитов, сопровождающимся распадом клеточных

органелл. Кроме того, превышение АсАТ в анализе крови над АлАТ, т.е. увеличение коэффициента Ритиса у больных при хроническом вирусном гепатите может говорить о выраженном фиброзе печени. О выраженности цитолитического синдрома также свидетельствовали снижение ПТИ и повышение МНО т.е. коагулопатические изменения. Так. ПТИ у 12 ((70,6%) больных было в пределах 20,6-50,2%% при его средних значениях 70 -130%%.Также достоверно ($P < 0,001$) высокими оставались значения тимоловой пробы, снижения общего белка и повышения γ – глобулинов, характеризующих степень выраженности мезенхимально-воспалительных изменений в органе.

Таблица 1 - Биохимические показатели

Показатель	Средние показатели	Показатели при ко-инфекции
Общий билирубин, мкмоль/л	22, 0±0,44	7,2±0,51
Прямой билирубин, мкмоль/л	5,6±0,12	3,3±0,2
АлАТ, ед/л	44,0±1,12	28,072±1,54
АсАТед/л	36,0±0,98	73,4±0,12*** $P < 0,0001$
Тимоловая проба, ЕД	3,32±0,12	9,4±0,12**
Общий белок, г/л	69,60±0,42	45,6±1,14** $P < 0,001$
Альбумины, %	48,6±0,44	34,6±1,1* $P < 0,01$
γ – глобулины, %	14,22±0,16	18,7±0,17* $P < 0,05$

В 11 (64,5%) случаях у больных показатели гемоглобина были в пределах 73-108г/л, а эритроциты колебались от 2,8 до $3,2 \cdot 10^{12}$, т.е. имелась анемия умеренно выраженной и выраженной степеней.

Таким образом, проведенные исследования выявили ряд клинических и клинико-лабораторных особенностей течения хронического вирусного гепатита С у больных с ВИЧ-инфекцией. Так, в клинической картине при ко-инфекции на первый план выступают признаки интоксикационного синдрома, свидетельствующие о ВИЧ –инфекции на фоне длительной наркозависимости, в виде

астенических проявлений и типичной полиорганной недостаточности. Основная симптоматика хронического гепатита С имеет скудную клиническую картину, т.е. это мало выраженная желтуха, отсутствие острой фазы течения. Клинико-лабораторные признаки характеризовались изолированным увеличением АсАТ, т.е. преобладанием его значений над показателями АлАТ на фоне неизменных величин билирубина и его фракций, что свидетельствовало о коморбидном токсическом влиянии вируса гепатита С и вируса иммунодефицита на печеночные клетки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Soriano V., Rodriguez-Rosado R., Garcia-Samaniego J. Management of chronic hepatitis C in HIV-infected patients // AIDS. – 1999. - №13. – P. 539-546.
- 2 Fainboim H., Gonzalez J., Fassio E. et al. Prevalence of hepatitis viruses in an anti human immunodeficiency virus-positive population from Argentina. A multicenter study // J.Viral.Hepat. - 1999. - 6(1). – P. 53-57.
- 3 Rondot-Thoraval F. Epidemiology of hepatitis C // Med.Mai.Infect. - 2000. -№2. - V.30. - Suppl.1. - P. 27-33.
- 4 Scott J.,Kitahata M.,Van Romplaeve S et al. Hepatitis C virus co-infection is associated with higher risk of death due to HIV and liver-related disease among an HIV-infected cohort // Program and abstracts of the 13th Conferens on retroviruses and opportunistic infections?. – Denver: 2006. – P. 102-106.
- 5 Европейские рекомендации по терапии и ведению пациентов с ВИЧ и ХГС // J.Hepatology. – 2005. - 42(5). – P. 615 – 624.

А.Б. МУСТАФИН, Л.К. ТУКАЕВА, Р.Т. ЖУСУПОВА, Д.С. СУНДЕТОВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА
С ГЕПАТИТИ МЕН АИТВ ЖҰҚПАСЫНЫҢ ҚОСАРЛАНУЫ

Түйін: Мақала ЖИТС дерті әртүрлі деңгейдегі ауырлығының дамуымен асқынған АИТВ жұқпасы бар науқастардағы С гепатитінің клиникалық ерекшеліктеріне арналған. Зерттеу нәтижесінде АИТВ жұқпасы бар науқастардағы С гепатиттің ағымында келесі ерекшеліктер анықталған. Олар – улану белгілерінің көрінісі, сонның ішінде –ОЖЖ және көптік ағзалар зақыма белгілері, ал қанда билирубин көрсеткіштерінің өзгермеуі мен АсАТ-тың айқын жоғарлауы болды.

Түйінді сөздер: АИТВ-жұқпасы, созылмалы С вирусты гепатит, биохимиялық сынақтар, нашақорлық.

A.B. MUSTAFIN, L.K. TUKAEVA, R.T. ZHUSUPOVA, D.S. SUNDETOVA, M.R. ABDYKASYMOVA
CO-INFECTION THE HEPATITIS C AND HIV

Resume: The article presents the results of own research on clinical features of chronic hepatitis C in HIV-infected patients with various stages of the development of AIDS. It is shown that clinical and biochemical symptoms of hepatitis C in HIV-infected people has its own characteristics, as the manifestation of symptoms of intoxication, fatigue, and multiple organ failure with marked increase in the level of AST at a constant indicator of bilirubin

Keywords: HIV infection, chronic hepatitis C, biochemical tests, drug addiction.

С.У. Умарова, А.Б. Мустафин, Ж.К. Саулеева, Р.Т. Жусупова

¹ *Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра пропедевтики внутренних болезней*

² *Городская клиническая больница №4, г. Алматы, терапевтическое отделение*

ИЗМЕНЕНИЕ ДЕТОКСИЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ГЕПАТИТАХ

УДК 616.36:615.099:547.914-076.4-085.27

Алкогольный гепатит – один из основных вариантов алкогольной болезни печени, наряду с алкогольным фиброзом считается предвестником или начальной и обязательной стадией цирроза, который развивается в 15-20% случаев [1].

При приеме внутрь около 90% алкоголя метаболизируются в печени с образованием ацетальдегида, вещества, поражающего клетки печени – гепатоциты. Алкоголь и его метаболиты запускают каскад химических реакций в организме, приводящих к гипоксии гепатоцитов и, в конечном итоге, к некрозу клеток печени. [2]

Около 10-15% этанола метаболизируется в микросомах гладкого эндоплазматического ретикулума *микросомальной этанол-окислительной системой (МЭОС)*. Входящий в систему цитохром P450 2E1 участвует в метаболизме поступающих токсичных веществ, в том числе и алкоголя. При повышении нагрузки МЭОС ведет к повышенному образованию токсичных метаболитов, что может явиться причиной поражения печени при употреблении даже малых доз алкоголя [3]. Основным механизмом повреждения печени – токсическое действие ацетальдегида [1]

В то же время, учитывая, что МЭОС обладает высокой адаптивной способностью, и феномен индукции ферментов имеется при воздействии весьма незначительных количеств ядов, то есть служит ранним биохимическим показателем реакции организма на воздействие этих соединений, нами изучено изменение его активности у больных хроническими алкогольными гепатитами у лиц, употребляющих алкоголь свыше 5 лет и в больших дозах.

Цель работы – изучение состояния детоксицирующей функции печени у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом с подтвержденным диагнозом алкогольного гепатита.

Материалы и методы исследования. Проведено полное клиническое, клиничко-лабораторное и инструментальное обследование 28 больным с

В статье представлены результаты исследования детоксицирующей функции печени при алкогольных гепатитах. Показаны изменения метаболизма антипирина по показателям периода полувыведения и клиренса.

Ключевые слова: детоксикация, алкогольный гепатит, метаболизм антипирина, период полураспада, клиренс

установленным хроническим алкогольным гепатитом (ХАГ), получивших лечение в терапевтическом отделении ГКБ№4 за период 2011 - 2013гг.

При этом все больные имели стаж употребления алкоголя от 5-17 лет, с периодами длительного запоя у 26 (91,3%) лиц. Из 28 больных 22 (78,57 %) составили мужчины, а 6 (21,4%) – женщины.

Возраст больных колебался от 22 и до 59 лет, но основной возрастной контингент – 22 (/78,6%) больных – был в пределах 27-52 лет.

В зависимости от длительности употребления алкоголя больные были распределены в следующие группы: **1** – от 5 и до 10 лет; **2** – от 11 и до 15 лет; **3** – свыше 15 лет.

В качестве контроля проведено исследование 10 практически здоровых доноров.

Общеклиническое и клиничко-лабораторное исследование включали расспрос и физикальные методы обследования, а также общий анализ крови и его биохимическое исследование на печеночные пробы: АлаТ, АсаТ, билирубин и его фракции, ЩФ, белок и его фракции, помимо данных анализов проводилось исследование коагулограммы – ПТИ, МНО; а также инструментальное исследование, как УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, отдельным больным проведена КТ органов брюшной полости.

Всем больным проводилось исследование крови на наличие маркеров вируса НВ и С. У 7 (25%) больных методом ПЦР впервые выявлен HCV.

Состояние детоксицирующей функции печени оценивалось определением основных показателей

фармакокинетики антипирина (АП) (период полувыведения в часах – $T_{1/2}$; показатель очищения крови от препарата – клиренс (Cl) в мл/мин и объем очевидного распределения препарата – V_D – л/г) в слюне больных.

Результаты исследования и обсуждение.

При активном опросе 28 больных установлено, что слабость и недомогание беспокоили 23 человека (82,2 %); нарушение сна и раздражительность – 17 (60,71 %); усталость к концу дня – 21 (75,0 %); боли в правом подреберье отмечали 22 (78,6%) больных. Около 2/3 обследуемых отмечали диспепсические расстройства, в том числе горечь и сухость во рту – 17 (63,14 %); отрыжка и изжога – 11 (39,3 %);

тошнота – 9 (32,1 %); неустойчивый стул – 8 (28,6 %).

Объективное исследование обнаружило у более половины (16 – 57,14 %) бледность кожных покровов и слизистых оболочек; субиктеричность склер – у 22 (78,6 %); «сосудистые» звездочки и «пальмарную» эритему – у 8 (25, %).

Увеличение и уплотнение печени выявлено у всех 28 (100 %) и у половины из них печень выступала на 2-3 см из-под края реберной дуги, с закругленным краем и умеренно болезненная, при этом у 2/3 – больше увеличивалась средняя доля. Поверхность печени во всех случаях была гладкой (рисунок 1).



Рисунок 1 - Основные клинические синдромы при алкогольных гепатитах

Инструментальные исследования подтвердили данные объективного осмотра. Так УЗ исследование выявило увеличение печени у 24 (85,7%) с сопутствующим поражением желчного пузыря у 16 (57,14%) в виде утолщения ее стенок с наличием неомогенного содержания. Компьютерная томография обнаружила повышение плотности ткани печени у 21 (75, %).

Выраженность объективных и субъективных симптомов со стороны гепатобилиарной и нервной

системы достоверно нарастали при увеличении длительности приема алкоголя, при этом появления астенического синдрома по сравнению с болевым и диспепсическим преобладали во всех стажевых группах.

Также в зависимости от стажа употребления алкоголя изменяются биохимические показатели клеточного цитолиза – АлАТ и АСАТ.

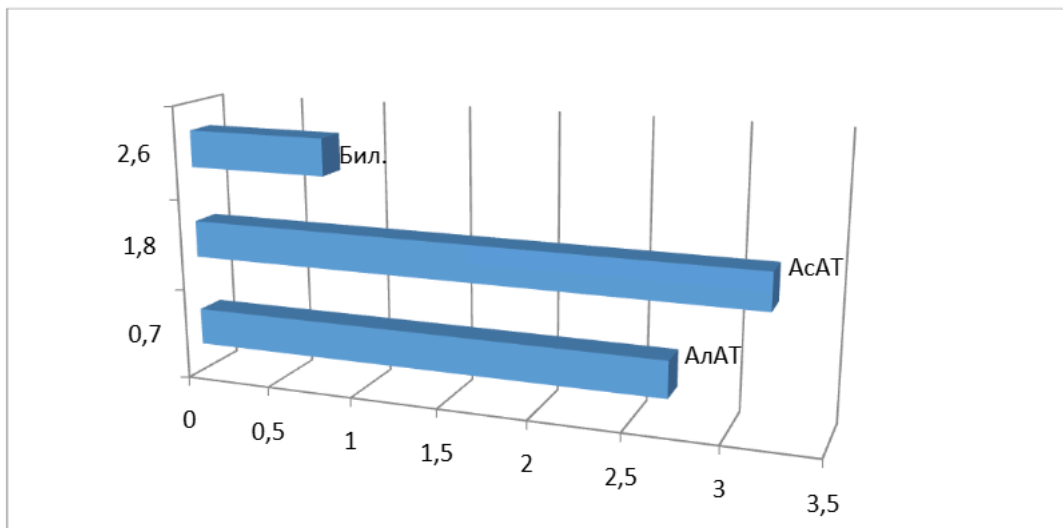


Рисунок 2 - Изменение показателей ферментов при алкогольных гепатитах

Биохимические показатели у наблюдавшихся больных существенно зависели от длительности контакта с химическими средствами защиты растений. В 1 и 2 стажевых группах показатели билирубина и трансаминазных проб оставались достоверно ($P < 0,001$) высокими относительно контроля и 3-ей стажевой группы. Однако при стаже от 5 и до 10 лет имеется выраженное увеличение активности АлАТ и АсАТ с увеличением коэффициента Риттиса свыше 2, что свидетельствовало о прямом токсическом повреждении печени. Наряду с изменением активности цитоплазматических ферментов в этих же группах достоверно ($P < 0,001$) относительно контроля имеются повышения активности билирубина и ЩФ (в 2,8 и 3,5 раза соответственно).

При исследовании ферментов у больных третьей стажевой группы отмечается ее недостоверное повышение относительно контроля ($P > 0,05$) и некоторая стабилизация показателей по сравнению с предыдущими группами больных (рисунок 2).

Показатели МОГС, характеризующих изменения активности микросомального гидроксилирования, имеются уже на ранних стадиях воздействия токсических агентов. Так $T \frac{1}{2}$ АП увеличивается уже у лиц 1 стажевой группы на 29,2 %, ($P_2 < 0,002$), а Cl уменьшается на 30,2 % ($P_1 < 0,0001$), по сравнению с донорами. При продолжающемся контакте (11-15 лет) нарастает степень функциональной недостаточности микросомальной фракции печени, что приводит к удлинению $T \frac{1}{2}$ почти в 2,5 раза ($P_1 < 0,0001$) относительно доноров и в 1,75 ($P_2 < 0,002$). – по сравнению с первой стажевой группой (рисунок 3). Аналогичные изменения происходят с показателями очищения крови от АП, снизившихся в 2 и 1,4 раза – соответственно по сравнению со здоровой и первой стажевой группами.

Наибольшие показатели изменения фармакокинетики АП получен в третьей стажевой группе, Установленные существенные нарушения биохимических показателей свидетельствуют о наличии синдрома цитолиза и холестаза уже на ранних стадиях употребления алкоголя. При этом в зависимости от длительности времени употребления происходит фазное изменение биохимических показателей. Наибольшее нарушение их происходит уже после 5 лет приема алкоголя.

Также изменения нервной и гепатобилиарной системы, наблюдающиеся как у лиц малостажированной группы, так и при клинической выраженной патологии, позволяет расценивать их как проявление реакции приспособительного характера органов, играющих главную роль в обеспечении гомеостаза организма, соответственно уровню воздействия токсических метаболитов этанола. Выявленные изменения показателей гомеостаза организма свидетельствуют о нарушении детоксицирующей функции печени, что подтверждается изменениями показателей инактивации АП в зависимости от длительности действия алкоголя и что на ранних этапах (от 5 и до 10 лет) происходит индуцирование ферментов отдельных субклеточных структур, ответственных за сохранение гомеостаза, с целью приспособления организма к новым условиям, то есть имеется первичная декомпенсация функции печени или напряжение адаптационных механизмов, выражавшаяся в умеренном удлинении $T \frac{1}{2}$ и снижении клиренса. Достоверное нарушение показателей гидроксилирования АП при стаже от 11 и до 15 лет нами рассматривается как начальное проявление угнетения активности ферментов с формированием клинической патологии. 3-х кратное удлинение $T \frac{1}{2}$ и снижение клиренса 2,5

раза при стаже свыше 15 лет подтверждает продолжающееся ингибирование ферментов МСГ и относительно глубокое и массивное поражения паренхимы печени при увеличении времени контакта с токсическими метаболитами. В то же время наблюдавшееся недостоверное ($P > 0.05$)

увеличение $T_{1/2}$ и уменьшение Cl АП в данной группе по отношению к 3-ей стажевой группе, мы объясняем относительной адаптацией организма со снижением чувствительности к действующему фактору, проявляющийся периодами обострения и ремиссии имеющейся патологии (рисунок 3).

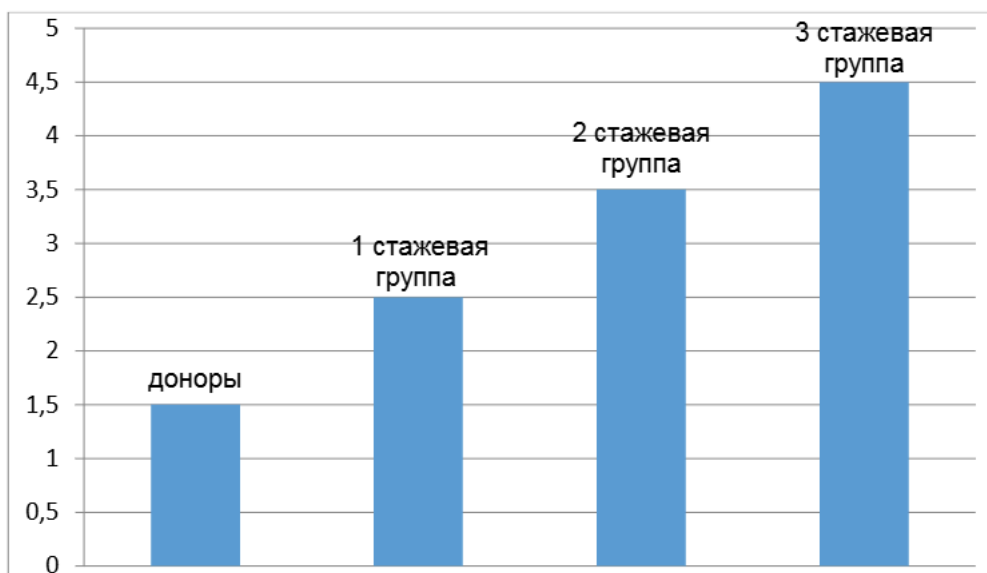


Рисунок 3 - Показатели изменения $T_{1/2}$ (час.) АП при алкогольных гепатитах

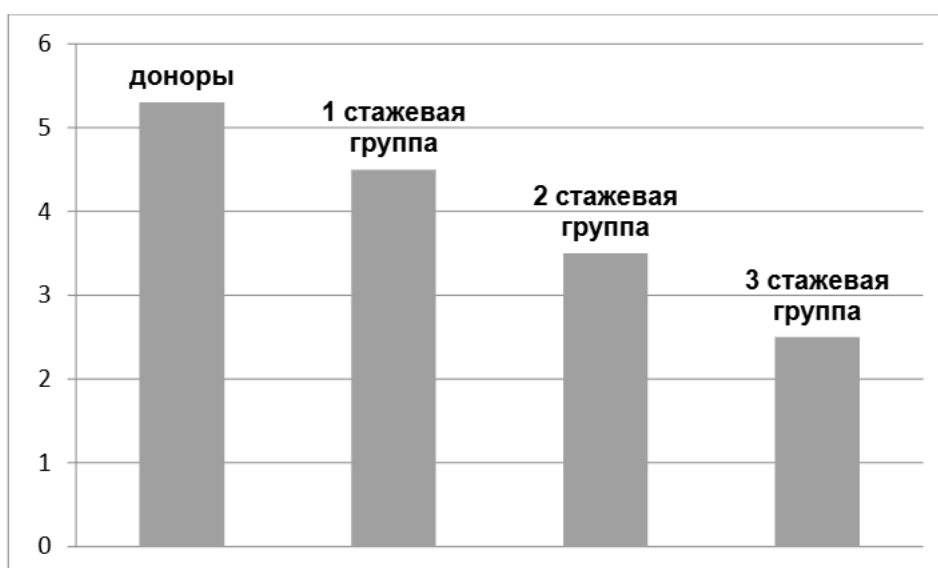


Рисунок 4 - Показатели изменения Cl (мл/мин) при алкогольных гепатитах

Выводы. Таким образом, проведенные клинико-инструментальные исследования больных, страдающих алкогольной болезнью печени, показывают, что при увеличении времени контакта с токсическим воздействием алкоголя нарастает частота субъективных и объективных симптомов, характеризующих развитие хронических

заболеваний печени. Причем независимо от длительности употребления алкоголя ведущими синдромами являются астенический, болевой, диспепсический и гепатомегалии, свидетельствующие о глубоких нарушениях детоксицирующей функции печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Русакова О.С., Гармаш И.В., Гущин А.Е. и др. Алкогольный цирроз печени и генетический полиморфизм алкогольдегидрогеназы (АДГ) и ангиотензиногена. // Клин. фармакология и терапия. – 2006. – № 5. – С. 22–33.
- 2 Самсонов А.А. Эссенциальные фосфолипиды – «золотой стандарт» в терапии алкогольного стеатогепатита // Мед. вестник. – 2007. – №10. – Р. 1–4.
- 3 Day C. Alcoholic liver diseases. Ceska a slovenska gastroenterol // Hepatology. – 2006. – 60(1). – Р. 67–70.

С.У. УМАРОВА, А.Б. МУСТАФИН, Ж.К. САУЛЕЕВА, Р.Т. ЖУСУПОВА

БАУЫРДЫҢ ЗАЛАЛСЫЗДАНДЫРУ ҚЫЗМЕТІНІҢ АЛКОГОЛДІ ГЕПАТИТТЕГІ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Түйін: Мақалада алкогольді гепатит дертіндегі бауырдың залалсыздандыру қызметінің төмендеуі АП алмасуыныңдағы көрсеткіштер (жартылай шығару уақыты мен тазарту) өзгерісі зерттеліп қорытындысы баяндалған.

Түйінді сөздер: заласыздандыру, алкогольді гепатит, антипирин алмасуы, жартылай залалсыздандыру уақыты, тазаруы.

S.U. UMAROVA, A.B. MUSTAFIN, ZH.K. SAULEEVA, R.T. ZHUSUPOVA

CHANGE OF DETOXICATION OF FUNCTION OF THE LIVER IN ALCOHOLIC HEPATITIS

Resume: The article presents the results of study detoxification function of liver in alcoholic hepatitis. Shows the change in metabolism of antipyrine on indicators half-life and clearance.

Keywords: detoxication, alcoholic hepatitis, metabolism of antipyrine, half-live, clearance

С.У. Умарова, Л.К. Тукаева, А.Б. Мустафин, Ж.К. Саулеева

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра пропедевтики внутренних болезней

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы, терапевтическое отделение

АДАПТАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СО ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ АБП

УДК 613.36-004

Топографо-анатомическая близость и функциональная общность, обусловленные общим эмбриогенезом органов пищеварения являются значимой причиной их сочетанного поражения при заболевании одного из них. И печень, расходуя основные энергетические и пластические ресурсы на обеспечение главной функции, как защита внутренней среды организма, в меньшей степени обеспечивает те пластические функции, свойственные ей в системе межорганных взаимодействий, что приводит в итоге к активизации адаптационного потенциала в первую очередь, органов гастродуоденальной зоны, типичной реакцией которых является гастритический процесс, являющейся отражением процессов поражения – адаптации – патологии, ключевую роль в которой играют пограничные ткани и органы, как слизистая оболочка и печень, являющиеся главными входными воротами и местом метаболизации чужеродных соединений.

Цель. Изучение изменения слизистой оболочки (СО) верхних отделов (ВО) пищеварительного тракта при токсических (алкогольных) поражениях печени.

Материалы и методы. Проведено эндоскопическое обследование пищевода, желудка и 12ДПК, а также морфологическое исследование структурно-функциональных изменений СО желудка 22 больных хроническими алкогольными гепатитами, находившихся на лечении в терапевтическом отделении ГКБ №4 за 2012-2014 гг.

В исследуемую группу включены лица, имеющие стаж употребления алкоголя от 5 и до 22 лет, с периодами длительного запоя от 3 недель до 3 месяцев у 18 (81,8%) лиц. Все 22 (100%) больных являются лицами мужского пола. Средний возраст составил $36 \pm 2,4$ лет. У 19 (86,36 %) больных средний стаж употребления алкоголя был в пределах $12 \pm 2,1$ лет.

Результаты и обсуждение.

Установлено, что преобладающей формой патологического процесса, развивающегося в СО

Статья посвящена состоянию СО верхнего отдела пищеварительного тракта при АБП. Установлено, что при АБП в СО желудка происходят изменения, отражающие уровень компенсаторно-приспособительных процессов при токсическом воздействии алкоголя.

Ключевые слова: алкогольная болезнь печени, слизистая оболочка, компенсаторные, адаптивные процессы

верхнего отдела пищеварительного тракта у больных с алкогольной болезнью являются атрофические изменения СО желудка (91,63 %), при этом каждого третьего (36,70 %) больного эти изменения охватывали оба отдела, а у 1/3 (29,60%) - локализовались в фундальном отделе. Особенности изменения СО пищевода являлись наличием эрозий в 34,61 % и варикозно-расширенных вен пищевода в 28,8 % случаев. Также у этих же больных возникает комплекс структурных изменений в виде выраженной дистрофии поверхностно-ямочного эпителия, атрофические изменения фундальных и пилорических желез (74,9%) и полная кишечная метаплазия (43,4%) СО средней трети тела желудка и антрума, а состояние стромальных клеток характеризуется диффузной лимфо-плазматитарной и нейтрофильной инфильтрацией, более выраженной в фундальном отделе. Выявленные изменения слизистой оболочки верхнего отдела пищеварительного тракта при токсических (алкогольных) гепатитах у данных больных отражают состояние тканевых, клеточных и внутриклеточных реакций, а также уровень компенсаторно-приспособительных процессов при токсическом воздействии алкоголя, т.к. организм человека, обладая чрезвычайной «широтой здоровья» и способностью к адаптации, в биологическом плане основывается на возможности интенсификации функций. Интенсификация функций связана с рядом фундаментальных биологических феноменов, как взаимодействие органов и систем в выполнении

функций и структурно-функциональная гетерогенность осуществления биологических

процессов в ответ на любой внешний или внутренний раздражитель.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Soriano V., Rodriguez-Rosado R., Garcia-Samaniego J. Management of chronic hepatitis C in HIV-infected patients // AIDS. – 1999. – №13. – P. 539-546.
- 2 Fainboim H., Gonzalez J., Fassio E. et al. Prevalence of hepatitis viruses in an anti human immunodeficiency virus-positive population from Argentina. A multicenter study // J.Viral.Hepat. – 1999. - 6(1). – P. 53-57.
- 3 Rondot-Thoraval F. Epidemiology of hepatitis C // Med.Mai.Infect. - 2000. – №2. – V.30. – Suppl.1. – P. 27-33

С.У. УМАРОВА, Л.К. ТУКАЕВА, А.Б. МУСТАФИН, Ж.К. САУЛЕЕВА

АБА АС ҚОРЫТУ ЖОЛДАРЫ ЖОҒАРҒЫ БӨЛІГІНІҢ КІЛЕГЕЙ ҚАБАТЫНДАҒЫ БЕЙІМДЕЛУ ҮРДІСТЕРІ

Түйін: Мақала алкогольді бауыр ауруында ас қорыту жолдары жоғарғы бөлігінің кілегей қабатының өзгерістерін баяндайды. Бұл өзгерістер алкогольдің ұятты әсеріне байланысты дамиды деп қорытылған.

Түйінді сөздер: алкогольді бауыр ауруы, кілегей қабаты, орын толтырушы, бейімделу үрдістері

S.U. UMAROVA, L.K. TUKAEVA, A.B. MUSTAFIN, ZH.K. SAULEEVA

ADAPTATION PROCESSES IN THE MUCOSA OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN ALCOHOLIC LIVER DISEASE

Resume: The article is devoted to state with upper digestive tract at ABP. It has been established that in alcoholic liver disease in gastric mucosal changes occur, depicting the level of compensatory and adaptive processes in the toxic effects of alcohol.

Keywords: alcoholic liver disease, the mucosa, compensatory, adaptive processes

Г.Н. Идрисова, А.Б. Мустафин, Ж.К. Саулеева, Д.С. Сундетова, М.Р. Абдыкасымова

¹ *Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра пропедевтики внутренних болезней*

² *Городская клиническая больница №4, г. Алматы, терапевтическое отделение*

СРК (СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА) И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ

УДК 616/34-008/009-07-08

СРК – комплекс функциональных нарушений, включающих в себя боль в животе, которая уменьшается после акта дефекации, сопровождается изменением частоты и консистенции стула, и отмечается не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев, при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев.

В современном мире СРК страдают примерно 15-20% взрослого населения планеты. Однако в связи с деликатным характером жалоб, к специалистам обращаются около 14-66% больных. Чаще всего болеют городские жители в возрасте от 30 и до 40 лет, причем женщины в 3-4 раза чаще, чем мужчины (1).

Цель работы – изучить эффективность препарата метеоспазмил у больных с СРК.

Материалы и методы исследования - проведено комплексное исследование среди 31 пациентов (22 женщин и 9 мужчин), отобранных на основе анкетирования, имеющих типичные жалобы, а в анамнезе - стрессовые ситуации, нерациональное питание, перенесенные или имеющиеся заболевания органов пищеварения (инфекции, гастрит, панкреатит, холецистит) и других органов, а также факторы наследственной предрасположенности.

Возраст больных составил от 38 до 54 лет. Длительность заболевания колебалась от 5 до 15 лет.

При этом все больные неоднократно лечились у участковых терапевтов, консультированы гастроэнтерологами (принимали ферментные препараты, спазмолитики); а отдельные пациенты (5 - 16,1%) наблюдались у невропатолога с астеническим синдромом.

Комплексное клиническое и лабораторно-инструментальное обследование включало расспрос, осмотр, ФГДС, ирригоскопию, коллоноскопию, УЗИ органов брюшной полости, исследование кала на скрытую кровь, наличие яйца глистов, стеато-креато и амилореи.

Лечение препаратом метеоспазмил проводилось в соответствии с рекомендациями по назначению, т.е. по 1 капсуле 3 раза в день в течение 4 недель. Лечение больные начинали в стационаре в течение

В современном мире СРК страдают примерно 15-20% взрослого населения планеты. Однако в связи с деликатным характером жалоб, к специалистам обращаются около 14-66% больных. Чаще всего болеют городские жители в возрасте от 30 и до 40 лет, причем женщины в 3-4 раза чаще, чем мужчины.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, жалобы, вопросы лечения

10-12 дней и продолжали в амбулаторных условиях.

Критериями эффективности явились исчезновение или значительное уменьшение таких основных симптомов, как боль, вздутие и урчание, а также нормализация стула.

Результаты исследования - у 54,6% больных, кроме основных жалоб, особенно у женщин (82,7%), имелись жалобы на частое плохое настроение, боли в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения, тошнота, головные боли, сердцебиение, ощущение перебоев в работе сердца, ощущение неполного вдоха, внутренней дрожи, чувство слабости, ощущение "приливов" и сухость во рту; стрессовые ситуации также имели наибольшую частоту у женщин - 64,2%; тогда как у мужчин в 72,6% случаев причиной заболевания явились жирная и острая еда и употребление алкоголя.

Основная клиническая симптоматика распределилась следующим образом: абдоминальная боль имела у всех (100%) больных и явилась ведущим симптомом, в большинстве случаев (73,4%) была умеренной, чаще (69,8%) локализовалась в левой и правой подвздошных областях, а также в 82% случаев уменьшалась после акта дефекации;

Вторыми по частоте встречаемости из симптомов были вздутие и урчание в животе – 84,2 и 76,6% случаев, сопровождающиеся распространенным по всему животу болевым синдромом в 2/3 случаях. Кроме того, обязательными симптомами у части больных были запоры (47,3%) и жидкий стул (36,2%) чаще (57,8%) утром после еды.

Особенностями изменения клинических симптомов и психосоматического состояния у наших больных после проведенного полного курса лечения были:

- а) уменьшение боли и вздутия течение часа у абсолютного большинства (84,6 %) больных;
- б) на 3 сутки – «чувство полного удовлетворения от приема лекарства» – улучшение настроения – у 75% и
- в) исчезновение боли и вздутия у абсолютного большинства – в 94,7% случаях.

В тоже время 2 пациента отмечали уменьшение болей, а метеоризм продолжал беспокоить – им было назначено повторное исследование для исключения органической патологии.

Переносимость препарата была у всех пациентов хорошей, без побочных эффектов.

Заклучение.

1. Препарат Метеоспазмил эффективен в снижении интенсивности боли и метеоризма при СРК таких подвидов, как с наличие запора или диареи, диагностированного согласно критериям Rome III (2).
2. Уровень положительного ответа на данную терапию (= 94,7% снижение интенсивности боли животе/дискомфортных ощущений);
3. Терапия с применением препарата Метеоспазмил хорошо переносится пациентами.
4. Монотерапия более удобна и для пациентов, т.к. способствует лучшему соблюдению пациентами режима терапии и снижению расходов на лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Веретенникова А.А. Клинико-психологические особенности пациентов с патологией кишечника. //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2012. – №2. – Т.2. – С. 45-49.
- 2 Rome III. Diagnostic Criteria for Functional Disorders. – London: 2006. – 349 p.

Г.Н. ИДРИСОВА, А.Б. МУСТАФИН, Ж.К. САУЛЕЕВА, Д.С. СУНДЕТОВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА
ТІС ЖӘНЕ ОНЫҢ ЕМІ

Түйін: Бүгінгі күнде тітіркенген ішек дертіне жалпы ересек әлем тұрғындарының ішінде 15-20%% шалдыққан. Дерттің ерекшеліктеріне байланысты соның ішінде мамандарға 15-20%% қана қаралады. Бұл ауру жиі 30 -40 жас арасындағы қала тұрғындарында кездеседі және тағы әйел кісілер ерлерге қарағанда 3-4 есе жиі ауырады.

Түйінді сөздер: тітіркенген ішек, шағымдар, емдеу жағдайы

G.N. IDRISOVA, A.B. MUSTAFIN, ZH.K. SAULEEVA, D.S. SUNDETOVA, M.R. ABDYKASYMOVA
IBS AND ITS TREATMENT

Resume: In today's world of IBS affects approximately 15-20 %% of the adult population of the Earth. But due to the sensitive nature of the complaints treated about 14-66 %% of patients to specialists. Most often suffer from urban dwellers between the ages of 30 and 40 years, and women are 3-4 times more often than men.

Keywords: irritable bowel syndrome, complaints, questions of treatment

С.У. Умарова, Г.Н. Идрисова, Ж.К. Саулеева

¹ Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра пропедевтики внутренних болезней

² Городская клиническая больница №4, г. Алматы, терапевтическое отделение

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

УДК 615.859:657.6

В настоящее время предоставление и развитие эффективных систем обеспечения качества медицинской помощи остаются одной из наиболее актуальных задач здравоохранения [1,2]. Функции экспертов качества медицинской помощи (КМП) должны включать организационно-методическое обеспечение, непосредственно оценку качества оказанной пациентам медицинской помощи и разработку управленческих решений по его улучшению [3,4].

Городская клиническая больница №4 оказывает помощь 2 крупным районам города, как Жетысуйский и Турксибский, обслуживаемых поликлиниками №№19, 20, 21, 024, 9, 11, 13. Служба внутреннего аудита работает в течение последних 5 лет.

В целях анализа и оценки качества оказываемого гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в терапевтическом отделении проводится ежемесячная экспертиза на основании медицинской документации - ретроспективный анализ 10% истории болезни выписанных больных за месяц. Экспертная оценка дается по законченным случаям. Отбор историй для экспертизы проводится методом случайной выборки.

Терапевтическое отделение в текущем году работало на 35 койках круглосуточного и 20 койках дневного стационара. Госпитализация в терапевтическое отделение проводится как плановая, так и экстренная, составляющая почти 83-87% от общей госпитализации.

Основные нозологии составляют: 1) сложные патологии, как ИБС, стенокардия напряжения ФКН 3-4, ХСН 2-3ст; Цирроз печени, активный субкомпенсированный с портальной гипертензией и печеночной энцефалопатией; ХОБЛ, средне-тяжелое или тяжелой степени течения, легочное сердце, ХЛСН 2ст. 2) сочетанные патологии как, ИБС, ПИК, НК 2-3ст, АГ 2 или 3ст., ФР 3 или 4; ИБС, СН, ФК 3 или 4, НК2-3 ст., АГ3, ФР 3; Сахарный диабет 2, в различной стадии компенсации; 3) редко госпитализируемые в наше отделение - дилатационная кардиомиопатия, диффузно-токсический зоб, микседема, апластическая

В настоящее время одной из основных целей здравоохранения является улучшение качества медицинской помощи. Ключевым вопросом является вопрос о способе получения информации о качестве медицинской помощи для принятия обоснованных решений по улучшению его состояния. В статье проанализированы результаты экспертной оценки качества оказываемой медицинской помощи по анализу медицинской карты стационарных больных, пролеченных в терапевтическом отделении.

Ключевые слова: экспертиза, качество, медицинская помощь, история болезни, стационарные больные

анемия, тромбоцитопеническая пурпура, а также требующие дифференциальной диагностики туберкулез легких, рак головки поджелудочной железы, рак легкого, которые после уточнения диагноза направлялись к специалистам.

За 9 месяцев 2016 года проведен анализ 112 истории болезней больных, пролеченных в терапевтическом отделении.

Оценка оказания медицинской помощи проводится по следующим критериям, как:

- Качество сбора анамнеза
- Диагностические исследования
- Оценка правильности и точности постановки клинического диагноза
- Оценка своевременности и качества консультаций специалистов
- Оценка назначенных лечебных мероприятий проводится
- Достигнутый результат
- Оценка длительности пребывания -к/день
- Качество медицинской документации

Результаты и обсуждение – анализ показал, что по критерию:

-качество сбора анамнеза были выявлены дефекты в 62% случаев. При этом основными дефектами являлись отсутствие выделения существенных деталей, имеющих важное значение в трактовке данного случая, как давность заболевания,

возможная причина, детализация жалоб, которые далее приводили к тактическим ошибкам, повлекшим неправильную диагностику и возникновение осложнений.

-полнота первичного физикального обследования и ее соответствие выставленному диагнозу - неполный объем физикального обследования при первичном осмотре врачом приемного покоя имеется у каждого 4 больного, при этом в каждом 6 случае данные объективного осмотра не полностью отражают поставленный диагноз

-диагностические исследования - лабораторные и инструментальные методы исследования в 98 % были осуществлены своевременно и в полном объеме, но в единичных случаях «диагностические мероприятия имеют неправильную трактовку или последняя отсутствует, что приводит к неправильной постановке диагноза и подбору тактики лечения»;

-оценка правильности и точности постановки клинического диагноза -клинический диагноз во всех 100% случаев выставлен в течение первых 3 дней с учетом результатов проведенных исследований, но ведущими дефектами в 38% случаев являются - «диагноз правильный, но не выделен ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть течения заболевания»;

-оценка своевременности и качества консультаций специалистов осуществляется - Консультации специалистов своевременны и полноценны, но в 1/3 случаев они не интерпретируются лечащими врачами.

-оценка назначенных лечебных мероприятий проводится - анализ адекватности стратегии по тактике ведения пациентов относительно установленного диагноза выявил в 92 % вполне рациональную программу лечебно-профилактических мероприятий согласно утвержденных ПДЛ. Однако не везде прослеживалась динамика данных об изменении лекарственной терапии в процессе лечения; не указывалась коррекция терапевтических мероприятий после проведенного обхода и осмотра больного (18%).

-оценка качества ведения документации выявила недостатки в оформлении в 64% случаев - при этом значимыми ее дефектами были «стандартное написание дневников, не отражающих динамику состояния больного, отсутствие подробного описания жалоб, отсутствие интерпретации результатов лабораторно- инструментальных исследований»;

-эффективность и высокая результативность медицинской помощи были достигнуты в 92%.

-оценка средней длительность пребывания больного - в 86% случаев составила -7,2; увеличение данного показателя были при тяжелых,

труднодиагностируемых, требующих дифференциальной диагностики или дополнительного исследования вне клиники случаях.

Значимость осуществленного исследования по оценке и контролю качества медицинской помощи состояла в своевременном выявлении дефектов оказанной помощи по каждому из клинических случаев.

Так, к наиболее типичным дефектам раздела диагностических мероприятий были отнесены неполные данные объективного общего осмотра и данных пальпации, перкуссии и аускультации исследуемых органов и систем. Отмечались дефекты по целесообразности ряда исследований, или очередности выполнения ряда услуг относительно значимости их к постановке диагноза (12%). Но вместе с тем, обобщенный показатель качества диагностических мероприятий соответствовал поставленному диагнозу в 88 % случаев и указывал на высокий потенциал данного критерия оценки.

При оценке следующего критерия - «постановка диагноза» дефекты выявлены в 38%. В диагнозах - не выделяется ведущий патологический синдром, не уточняются степени тяжести течения, допускается неточность в определении степени сердечной и дыхательной недостаточности, не указывается форма нозологии что, несомненно, влияет на выбор тактики ведения.

Оценка лечебных-профилактических мероприятий, включающих организацию лечебного процесса, выбор метода терапии, объем лечебных услуг соответственно выставленному диагнозу, составила 92% свидетельствовала о достаточном качестве медицинских услуг в терапевтическом отделении.

В то же время качество ведения документации имело «среднюю» характеристику в 64% случаев. При этом значимыми ее дефектами были однотипное написание дневников, не отражающих динамики наблюдения в состоянии больного, отсутствие интерпретации проводимых исследований, изменений или дополнений в лечении.

Известно, что уровень оказания медицинской помощи определяет исход заболеваний - полное достижение результатов при высокой эффективности от оказанной помощи наблюдалось в 93% случаев - это выздоровление и улучшение состояния.

Отдельные результаты снижения эффективности лечения были в случаях изменения диагноза, как рак, туберкулез (7%).

Анализ деятельности терапевтического стационара, проводимый внутренним аудитом, позволяет администрации максимально использовать

потенциал клиники, способствующий повышению качества медицинских услуг.

Результаты проверок анализируются службой внутреннего аудита, выводы предоставляются на рассмотрение администрации больницы, по

которым принимаются соответствующие меры, как административные взыскания, рекомендации по дополнительному обучению медперсонала, закрепление наставников из числа сотрудников кафедр и более опытных специалистов и т.п.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Савельев В.Н., Виноградова Т.В. Индикаторы качества оказания медицинской помощи. // Медицинский альманах. – 2011. – № 1. – С. 11-14.
- 2 Карташов В.Т. Качество медицинской помощи: ожидания и действительность // Здоровоохранение. – 2008. – № 5. – С. 29-38.
- 3 Абросимова Н.В., Сулейманов С.Ш. Индикаторы качества лекарственного обеспечения как составляющие управления качеством медицинской помощи. //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2010. – №7-8. – С. 63-67.
- 4 Плавинский С.Л., Кузнецова О.Ю. Индикаторы качества работы амбулаторно-поликлинического учреждения, основанные на оценке исходов, и процесса оказания медицинской помощи. // Вестник Санкт-Петербургской медицининской академии последипломного образования. – 2010. – Т. 2. - №2. – С. 100-105.

С.У. УМАРОВА, Г.Н. ИДРИСОВА, Ж.К. САУЛЕЕВА

ТЕРАПИЯ БӨЛІМІНДЕГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН БАҒАЛАУ

Түйін: Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесінің бірден-бір мәселесі болып медициналық көмектің сапасын жоғарылату болып тұр. Өзекті сұрақтардың бірі – бұл осы көмектің жағдайы туралы нақты мәлімет алу және соның нәтижесінде дәлелді шешімдер қабылдап жақсарту. Мақалада терапия бөлімінде емделген науқастардың сырқатнамасы сарапталып, қорытындысы көрсетілген.

Түйінді сөздер: сараптама, сапа, медициналық көмек, сырқатнама, ауруханаға жатқан науқастар

S.U. UMAROVA, G.N. IDRISOVA, ZH.K. SAULEEVA

QUALITY ESTIMATION OF MEDICAL CARE
OF THE THERAPEUTIC DEPARTMENT

Resume: At present one of the major health goals is improvement of quality of care. The key issue is the question about how to obtain information about the quality of care for taking informed decisions to improve his condition. The article analyzes the results of the expert evaluation of the quality of medical care on the analysis of medical records hospitalized patients treated at the the therapeutic department.

Keywords: expertise, quality, medical care, medical history, inpatients

Г.Н. Идрисова, Ж.К. Саулеева, М.Р. Абдыкасымова

¹ *Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, кафедра пропедевтики внутренних болезней*

² *Городская клиническая больница №4, г. Алматы, терапевтическое отделение*

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДПК

УДК 613+616.342-002.44-036-057:615.33.002.2

Частота язвенной болезни среди взрослого населения составляет по данным обращаемости - 2-3%; профилактических эндоскопических осмотров - 5-7%, а по данным аутопсий – 10-20% от общей заболеваемости органов пищеварения. В то же время считается, что до 10% взрослого населения страдает или имеет предрасположенность к язвенной болезни желудка или ДПК[1].

Язвенная болезнь - заболевание мультифакторного генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, большое значение придается инфекционному агенту - *Helicobacter pylori*. Эпидемиологические данные, полученные в различных странах, свидетельствуют о том, что практически 100% язв, локализованных в ДПК и более 80% язв желудочной локализации связаны с персистенцией *H. Pylori*[2].

По мнению отдельных ученых. [1], главным фактором при хеликобактерной инфекции, приводящим к поражению ДПК (язвенный дефект, дуоденит) или желудка (фундальный гастрит, раковый процесс), являются генетические особенности макроорганизма, в т. ч. определяющие уровень секреции соляной кислоты (HCl) в желудке. Если уровень секреции HCl низкий, *H. Pylori* может колонизировать любой отдел желудка. При сохранной (повышенной) кислотности единственным местом, где может паразитировать данный микроорганизм, являются антральный отдел желудка и участки желудочной метаплазии в ДПК, а это ведет к повреждению слизистой оболочки и ее воспалению, а язвообразование происходит в связи с нарастающим ослаблением защитных свойств слизистой оболочки в отношении кислотно-пептического фактора.

В настоящее время антихеликобактерная терапия считается основным стандартом лечения хеликобактер-ассоциированных кислотозависимых заболеваний, что отражено в международных (Маастрихтские соглашения-1-4, соответственно

Распространенность язвенной болезни по данным обращаемости среди взрослого населения составляет - 2-3%; профилактических эндоскопических осмотров - 5-7%, а по данным аутопсий – 10-20% от общей заболеваемости органов пищеварения. В то же время считается, что до 10% взрослого населения страдает или имеет предрасположенность к язвенной болезни желудка или ДПК.

Ключевые слова: язвенная болезнь, антихеликобактерная терапия, эрадикация инфекционного агента

1996, 2000, 2005 и 2011 гг.) рекомендациях. Кроме того, 4-Маастрихтским соглашением концепция последовательной эрадикационной терапии признано новым стандартом лечения хеликобактериоза и альтернативой классической тройной терапии. Суть последовательной терапии – это двухэтапная антибактериальная терапия (ИПП + амоксициллин -5 дней, далее кларитромицин – 5дней с включением дополнительно препаратов нитромидазоловой группы (3).

Сегодня в арсенале врача имеются эффективные средства медикаментозного контроля желудочного кислотообразования - ингибиторы протонной помпы (ИПП), позволяющие поддерживать оптимальный уровень pH желудка в течение суток и обладающие минимумом побочных эффектов. ИПП являются последней генерацией антисекреторных средств, действующих непосредственно на протонную помпу париетальной клетки, необратимо ингибируя ее активность и обеспечивая выраженный антисекреторный эффект независимо от природы кислотостимулирующего фактора.

Цель: Оценить эффективность комплексной четырехкомпонентной терапии с применением ИПП и препаратов нитромидазоловой группы в сочетании с амоксициллином и кларитромицином при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы исследования: Проведено общеклиническое обследование и лечение 28 больных, с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБ ДПК),

ассоциированных с *H.pylori*, находившихся на лечении в дневном стационаре терапевтического отделения ГКБ № 4 г. Алматы.

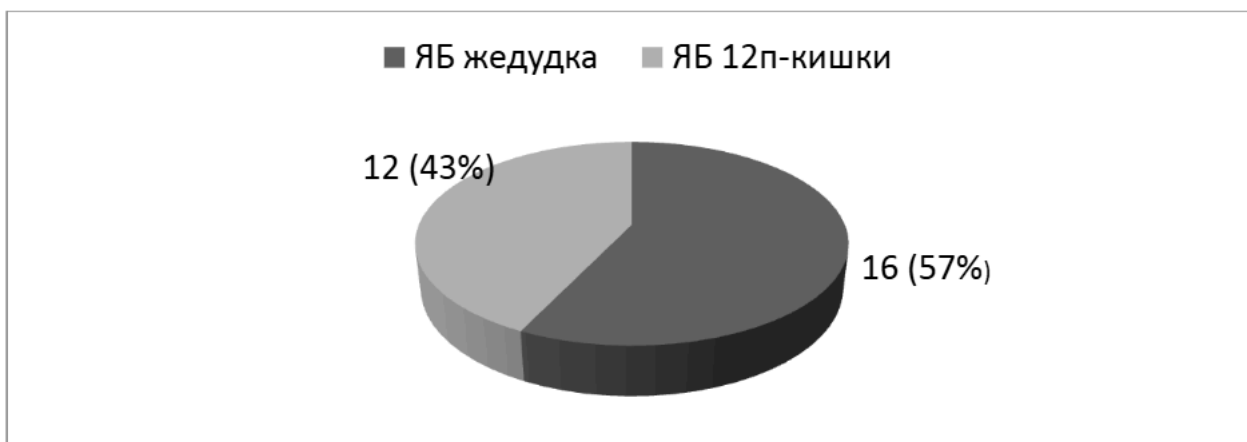


Рисунок 1 - Формы язвенной болезни (ЯБ) у наблюдавшихся больных (n = 28)

Из 28 больных 12 пациентов имели ЯБДПК, остальные 16 - ЯБЖ. Средний возраст больных составил $47 \pm 5,3$ лет.

Основной контингент больных составили мужчины - 16 (57,2%), которые в анамнезе отмечали длительные командировки, сухоедение, курение и

у 2 больных – злоупотребление алкоголем. Длительность заболевания у них составила $12 \pm 1,2$ лет. У женщин (42,8%) в анамнезе имелись частые стрессовые ситуации. Длительность заболевания у женщин была меньше, чем у мужчин и составила $7,3 \pm 0,8$ лет.



Рисунок 2 - Половой состав больных с ЯБ (n = 28)

Наличие язвенной болезни подтверждалось ФГДС - дефект слизистой округлой или овальной формы. При рецидивном обострении чаще неправильной формы - линейной, полигональной (дуоденальные язвы). Дно язвы неглубокое, покрыто белым или желтым налётом фибрина. Края отёчные, неровные, с зернистыми выбуханиями, легко

кровоточат. Размеры чаще в пределах от 0,3 до 1,0 см. Слизистая оболочка вокруг язвы резко отечна, гиперемована, по периметру язвы имеется "воспалительный вал". Складки слизистой оболочки утолщены, не расправляются полностью при инсuffляции воздуха (рисунок 3,4).

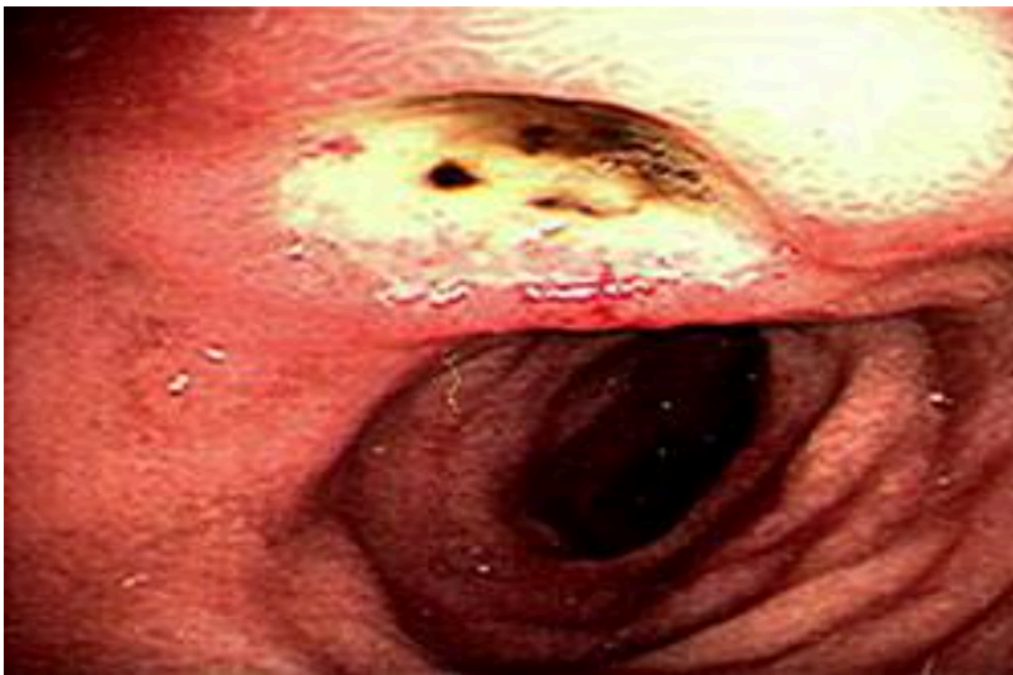


Рисунок 3



Рисунок 4

Ассоциирование патологии с *H.pylori* подтверждалось иммунохроматографическим исследованием кала на *H. pylori* с применением тест систем CerTest *H. pylori* компании Медико Art Lab*. Иммунохроматографическое исследование кала на *H. pylori* проводилось

всем больным до лечения и после курса лечения. Кроме того, всем больным с целью контроля побочного действия препаратов было проведено общего (Эр, Нв) и биохимического анализов крови (Таблица 1).

Таблица 1 - Показатели анализа крови в динамике эрадикационной терапии

Показатель	До лечения	После лечения	P
АСТ, нмоль*сек/литр (N до 180)	112±37,7	82, 4±8,5	> 0,05
АЛТ, нмоль*сек/литр (N до 180)	136±48,6	73±48,1	> 0,05
Глюкоза, ммоль/л	5,3±1,0	5,1±1,1	> 0,05
Общий билирубин, мкмоль/л (N до 20,8)	18,6±1,4	17,4±1,9	= 0,02
Амилаза, МЕ/л	5,0±1,7	5,2±1,1	> 0,05
Эритроциты, х 10	4,2±0,2	4,3±0,3	> 0,05
Гемоглобин, г/л	135±1,0	137±10,7	> 0,05

В исследование включались больные, не получавшие ранее лечение традиционными общепринятыми схемами лечения язвенного процесса. У всех больных получено документально оформленное информированное согласие на лечение.

После верификации диагноза больным назначалась комплексная эрадикационная четырехкомпонентная терапия с применением следующих препаратов: пантопрозол (Sun Pharmaceutical Industries Ltd.) в дозе 80 мг 2 раза в день; орнидазол (Sun Pharmaceutical Industries Ltd.) 500 мг 2 раза в день; амоксициллин 500 мг 2 раза в день; кларитромицин 250 мг 2 раза в день.

Лечение проводилось в течение 10 дней. Все больные хорошо перенесли лечение, побочных реакций не наблюдалось. Субъективно состояние всех больных улучшилось. Для объективизации

эффективности лечения в динамике и после завершения эрадикационной терапии проводилось физикальное обследование, изучались клиническая симптоматика, общие и биохимические показатели крови. Эффективность эрадикации *H. pylori* при использовании пантопрозола и орнидазола в комплексной терапии оценивали иммунохроматографическим исследованием кала с помощью тест систем CerTest *H. pylori* (Медио Art Lab*).

Результаты исследования:

В клинической картине независимо от возраста и пола у всех (100%) больных до лечения основными жалобами были боли как ночные, так дневные и чувство жжения в эпигастральной области, кроме того, беспокоили также тошнота, предшествующая рвоте (53%); аппетит был повышен в 43% случаев, а в 50% случаев больные отмечали запоры.

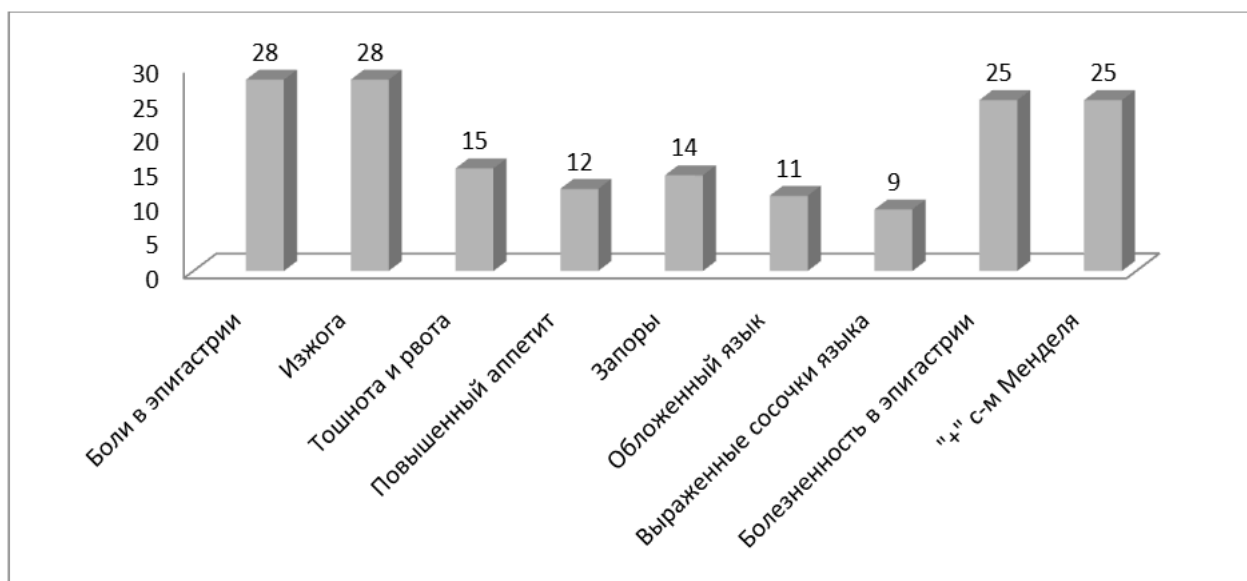


Рисунок 5 - Частота клинических проявлений у больных ЯБ (n = 28)

Объективно выявлялись – чаще обложенный язык (68%) выявлялся у больных с язвенной болезнью желудка, тогда как при дуоденальных язвах преобладал чистый с хорошо выраженными

сосочками (72%). Пальпаторно в эпи- и мезогастрии определялись повышенная чувствительность кожи и явление защитного мышечного напряжения, а

также локальная болезненность. Симптом Менделя был положительным в (89%) случаев.

Эффективность лечения оценивалось следующим образом:

1) По срокам рубцевания язвы - исходно ЭГДС, контроль ЭГДС через 3,4 недели после окончания лечения

2) По эрадикации НР - (НР-инфекция изучалась исходно и через 4 недели после окончания курса эрадикации в иммунохроматографическом исследованием кала с помощью тест систем CerTest H. pylori компании Медиа Art Lab*.

3) Клинически - по срокам купирования язвенного симптомокомплекса (дневных и ночных болей в животе, тошноты, рвоты, изжоги и запоров).

Результаты лечения.

1) Одним из критериев эффективности терапии служили **сроки рубцевания язвы** по данным ЭГДС. Исходно дефект слизистой округлой или овальной формы при язвах желудка и линейной, полигональной формы при дуоденальных язвах. Размеры - чаще в пределах от 0,5 до 1,5 см., составляя в среднем 6.2 ± 0.66 мм. Через 4 недели у 28 пациентов (100%) язвы были в стадии полного заживления, т.е. по данным эндоскопии на месте бывшей язвы образовался рубец ярко-красного

цвета с конвергенцией складок и зоной умеренной гиперемии.

2) **По эрадикации НР** - НР-инфекция изучалась исходно и через 4 недели после окончания лечения - проведенное микробиологическое исследование кала на наличие НР в иммунохроматографическом исследовании с помощью тест систем CerTest H. pylori после курса лечения показало, что эрадикационная терапия была эффективной в абсолютном большинстве случаев - 93%. Положительный тест на обсемененность НР был выявлен лишь у 2 пациента (7,1). По данным литературы 2 - 7% случаев у людей имеется устойчивый к антибиотикам Helicobacter Pylori, а также у данных больных в анамнезе имелось длительное злоупотребление алкоголем, тем не менее, по данным эндоскопии у этих же больных через 4 недели имеется полное заживление язвенного дефекта. В плане дальнейшего наблюдения данным больным предусмотрено бактериологическое исследование на чувствительность к антибиотикам с последующим повторным курсом лечения.

3) **Клинически** - по срокам купирования язвенного симптомокомплекса (дневных и ночных болей в животе, тошноты, рвоты, изжоги и запоров).

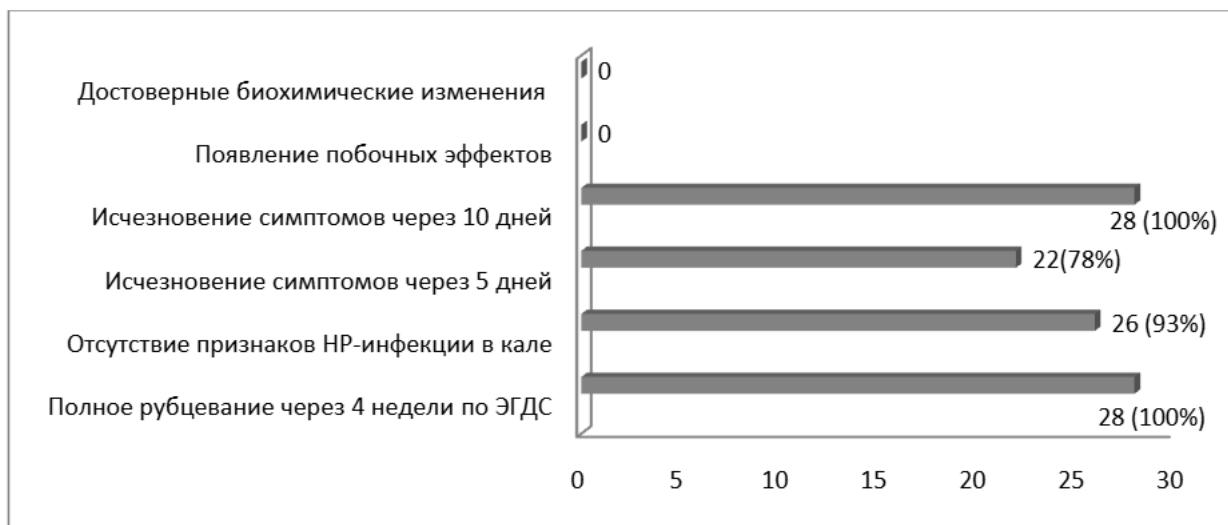


Рисунок 6 - Оценка критериев эффективности эрадикационной терапии больных ЯБ (n = 28)

Субъективно состояние всех больных улучшилось – боли и изжога купировались у более 78% больных в течение от 5 до 7 дней. К концу курса лечения исчезновение всех жалоб отметили 100% больные.

Заключение. Результаты исследования эффективности эрадикационной терапии с применением пантопразола и орнидазола в схеме лечения с кларитромицином и амоксициллином показали высокую эффективность данных препаратов в лечении обострения язвенной болезни желудка и ДПК, ассоциированной с инфекцией Helicobacter pylori. Улучшение

состояния больных и исчезновение боли и изжоги в эпигастрии у 78%, связанной с обострением ЯБЖ и ДПК в течение 5-7, а концу лечения - всех симптомов у 100% больных было клинически значимым.

Рубцевание язвы (стадия полного заживления) за 4 недели наступило у всех (100%) после окончания эрадикационной терапии. У 93% больных результат иммунохроматографического исследования кала на наличие Helicobacter pylori через месяц после проведенной эрадикационной терапии оказался отрицательным, что соответствует современным

литературным данным [2]. Отсутствие положительной эрадикации у 2 (7%) больных не противоречит имеющимся данным в доступной нам литературе и подтверждает заключение 4-Маастрихского соглашения о «регионах с высокой устойчивостью к отдельным антибиотикам», согласно которого разработаны «рекомендации с учетом возрастающей резистентностью микроорганизма к кларитромицину»(3).

Таким образом, четырехкомпонентная, комплексная схема эрадикационной терапии с применением ИПП и препаратов нитромидазоловой группы в сочетании с амоксициллином и кларитромицином показала достаточно высокие клинические возможности препарата в лечении обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в качестве высокоэффективного и безопасного метода терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Избранные лекции по гастроэнтерологии. – М.: МЕД-Пресс, 2001. – 208 с.
- 2 Щербakov П.Л., Кашников В.С. и др. Лечение заболеваний, ассоциированных с *H. Pylori* // Лечащий врач. – 2010. - №7. – С. 6-11.
- 3 Исаков В.А. Маастрихское соглашение – М.: 2011. – 102 с.

Г.Н. ИДРИСОВА, Ж.К. САУЛЕЕВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА
 АСҚАЗАН ЖӘНЕ 12-ЕЛІ ІШЕК ОЙЫҚ ЖАРАЛАРЫНЫҢ КЕШЕНДІ ЕМІНІҢ
 ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Түйін: Ойық жара ауруы ас қорыту ағзалары дерті бойынша жалпы дәрігерге қаралған ересектер ішінде - 2-3%, алдын – ала эндоскопия арқылы тексерілгендерде - 5-7%, ал аутопсия арқылы анықталғандары 10-20% құрайды. Дегенмен, жалпы әлемдегі ересек тұрғындарының 10% асқазан немесе 12-елі ішектің ойық жарасына бейімділігі бар деп саналады.

Түйінді сөздер: ойық жара ауруы, хеликобактерға қарсы ем, эрадикация инфекциялық себептен айыру

G.N. IDRISOVA, ZH.K. SAULEEVA, M.R. ABDYKASYMOVA
 PERFORMANCE EVALUATION COMBINED THERAPY WITH ULCERATIVE LESIONS
 OF THE STOMACH AND DUODENUM

Resume: The prevalence of peptic ulcer according to the negotiability of the adult population is - 2-3%; preventive endoscopic examinations - 5-7%, and according to autopsy - 10-20% of the total incidence of of digestive organs. At the same time considered that the up to 10% of the adult population suffers or has a predisposition to ulcers in the stomach or duodenum.

Keywords: peptic ulcer disease, *H. pylori* therapy, eradication of infectious agent

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ | ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ PUBLIC HEALTH

С.К. Сагаева, Р.Т. Жусупова

¹ Алматы қаласының №4 қалалық клиникалық ауруханасы

КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАРЛЫҚ БӨЛІМШЕДЕ АРТЕРИАЛЬДЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН ЕМ ҚАБЫЛДАП ЖАТҚАН ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН САРАПТАУ

УДК 616.12-008.331.1-084.3-053.9 (079.5)

Жұмыстың мақсаты. Артериальдық гипертониямен ауыратын және жасы егде тартқан адамдарға көрсетілетін амбулаториялық көмектің сапасына арнайы ойластырылып шығарылған сауалнама негізінде баға беру.

Зерттеу материалдары мен әдістері. Зейнеткерлік жастан асқан, артериальдық гипертонияның әр түрлі дәрежесімен есепте тұратын 114 науқастың ауру тарихы кітапшасы іріктелініп алынып, олардың қан қысымдарының қалыпқа келу мүмкіндігі сарапталды..

Әр науқасқа қатысты белгілі болған ақпараттар жекеленген хаттамалармен расталып, электрондық түрдегі жиынтық базаға енгізіліп отырды. Әр жастық топтарда анықталған сандық дәрежелер мен материалдардың статистикалық өңдеуі (әр түрлі топтарға қатысты тіркелінген Фишера, Стьюдента критерийлері) «STATISTICA» бағдарламасы негізінде сарапталынып отырды. .

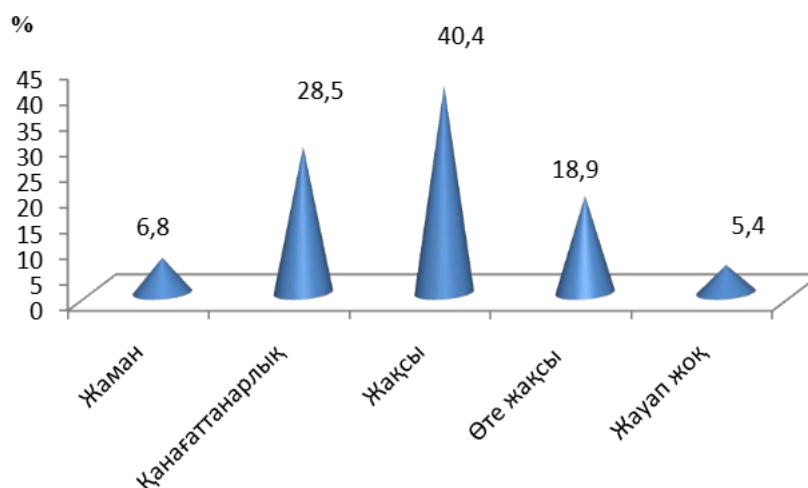
Сараптама қорытындысы: Жүргізілген бақылаулар мен зертеулер нәтижесінде төмендегідей қорытындылар алуға қол жеткіздік. Барлық зертемен қамтылған науқастардың 95,4%;% өз тұрған аудандарындағы емханаларда есепте тұрып, артериальдық гипертонияға қатысты ем қабылдап келген.

Ал енді алып жатқан емдерінің дұрыс бағытта немесе керісінше ағзаға әсерінің болмай қатқанын сараптау үшін арнайы сауалнамалар құрастырылып, олардың қорытындысы жіктелді. Нәтижесінде, емхананың бүгінгі таңдағы көрсетіп жатқан медициналық көмегі мен дәрігер мамандардың науқастарға деген көзқарасына қатысты сұраққа науқастардың 6,8%- «жаман», 28,5%- жағдайда «қанағаттанарлық», 40,4%

Бүгінгі таңда кез келген ірі аурухана құрамынан пациенттердің сұрауымен күндіз емделіп жататын бөлімше ашу қолға алынып отырғаны белгілі. Осы бағытта №4 қалалық аурухана құрамынан да 45 төсектік бөлімше ашылып, науқастардың игілігіне қызмет атқаруда [1]. Сол науқастардың көпшілігі артериальдық гипертония, жүректің ишемиясы, тыныс жолдары аурулары, бауыр және бүйректің созылмалы түрдегі дерттеріне шалдығып, осы дерттердің алдын алу мақсатында стационарда ем қабылдап жатқан науқастар. Ал енді науқастардың қабылдап жатқан емінің қаншалықты дұрыс, адам ағзасына тигізіп жатқан әсерін бағалау бағытындағы ізденістердің аз болып келетіні белгілі [2,3]. Сол себепті де жасалынып жатқан шараларды бағлаудың бірден бір объективті әдісі осы емдеу әдісімен қамтылған науқастардың жеке көзқарастарын сараптау болып табылады. Сондықтан да біздің қолға алып отырған бұл жұмысымыз егде жастағы адамдар арасында көптеп кездесетін артериальдық гипертония ауруының таралуы мен оларға көрсетілетін көмектің сапасын жақсартуға бағыталды [4].

Түйінді сөздер: күндізгі стационар, артериальды гипертония

жағдайда «жақсы», 18,9% жағдайда «өте жақсы», ал 5,4%; жағдайда сауалнамамен қамтылып отырған науқастардың белгілі бір көзқарасты білдірте алмағаны белгілі болды.



Сурет 1 - Медициналық көмекті бағалау нәтижесі

Емханаға қатынау мүмкіндігін талқылау барысында барлық сауалнамамен қамтылған науқастардың 12,1% шамасы 5 минутта, 5-тан 10 минутқа дейінгі аралықта 39,2%; ал 10 минуттан 30 минутқа дейін - 34,5%; 30 минуттан артық уақытта емханаға қатынайтын науқастардың - 3,7% болғандығы анықталды. Дәрігерлерді үйге шақырып, тексерілетін науқастар барлық зерттеумен қамтылған адамдардың - 11,4% құрады.

Күндізгі емдеу уақытының «жайлы» екендігін пациенттердің 79,2% қолдаған. Соған қарамастан, сауалнамамен қамтылған респонденттердің 81,1% шамасы медицина қызметкерлерінің білімдігі мен біліктілігіне ешқандайда шүбә келтірмейтіндіктерін және де олардың 62,5% шамасы дәрігер мамандардың аурудың алдын алу барысында атқарып келе жатқан қызметтерінің сапалы да, оң нәтижелі екендігін атап көрсетті.

Барлық сауалнамаларға жауап беруге қатысқан артериальдық гипертониямен есепте тұратын науқастардың 68,4% шамасының өз дәрігерлеріне біліктілігіне сенетіндіктерін, ал 28,7% шамадағы науқастардың керісінше дәрігерлерінің біліктілігіне сене бермейтіндігін білдіртсе, ал сауалнамамен қамтылған науқастардың 6,9% шамасы осы мәселеге қатысты қойылған сұрақтарға бір жақты жауап бере алмайтындықтарын білдіртті.

Ары қарайғы жүргізілген зерттеулер барысында барлық науқастардың 70,8% мөлшерінің артериальдық гипертонияның алдын алуға байланысты ақпаратты медицина қызметкерлерінен алатынын білдіртсе, 9,8% шамасының емханан ішіндегі ақпараттық хабарландыру арқылы, 9,3% шамасының таныстары мен туыстарының көмегімен, ал 10,1%

науқастардың ғаламтор немесе теледидар арқылы алатындықтарын білдірді.

Белгілі бір жағдайларға байланысты арыз-шағымдарды мамандардың мұқият тыңдауы немесе дұрыс тыңдамауы деген сұраққа 49,3% респондент «иә, дұрыстап тыңдайды»- деп жауап берсе, ал 27,4% респондент керісінше дәрігер мамандардың қызметіне қатысты арыз-шағымдарды «мүлдем керек қылмайды» - деп жауап берді. Ал 16,8% респондент айтылған ұсыныстар мен арыз-шағымдар «кейде, ескеріліп, кейде ескерусіз қалады» - деп екі ұшты жауап берді.

Дәрігер мамандардың кәсіптік білімділігіне қатысты қойылған сауалға 9,8% респондент «өте жоғары» -деп жауап берсе, 24,7% респондент «жақсы», 39,2% «қанағаттанарлық деңгейде», ал 19,7% «жаман» және 5,6% «өте жаман» деп жауап бергендігі тіркелінді.

Жүргізілген зертеулер нәтижесі науқастардың 83,8% шамасы емдеуші дәрігерлердің қажетті диагностикалық және емдік процедураларды дер кезінде қолданғандықтарын атап көрсетті.

Қортындылай келгенде, артериальдық гипертониямен күндізгі стационарда ем қабылдап жатқан егде жастағы науқастарға әлеуметтік сауалнама жүргізу – медициналық ұйым қызметінің сапасы туралы құнды ақпарат алудың тиімді, әрі қарапайым әдісі болып есептеледі.

Осы әдісті қолдана отырып, артық шығын шығармай-ақ кез келген емхананың немесе аурухананың атқарып жатқан қызметіне әділ баға беруге әбден болады және де сол ұжымның жұмыс сапасын жақсартудың пәрменді механизмі болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Сулейменов Б.Қ. Артериальдық гипертензияның алдын алудағы кейбір мәселелер // Гигиена және эпидемиология журналы. – 2013. - №3. - Б. 45-49.
- 2 Томпсон А.А., Стрикленд А.Д. Стратегический менеджмент в здравоохранении. – М.: 2007. – 166 с.
- 3 Долинская М.Г. Управление качеством медицинской помощи. – М.: 2009. – 328 с.
- 4 Состояние здоровья населения и система здравоохранения РК (1991-2000 гг.). Статистический сборник. – Астана: 2002. – 268 с.

С.К. САГАЕВА, Р.Т. ЖУСУПОВА

Городская клиническая больница №4 г. Алматы

**ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
ПУТЕМ ОПРОСА ПАЦИЕНТОВ ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ ПОВОДУ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ
В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ**

Резюме: Анкетирование больных артериальной гипертензией пожилого возраста является эффективным и простым методом получения ценной информации о качестве деятельности медицинской организации. Введение социологического мониторинга в любом ЛПО является действенным механизмом улучшения качества её работы.

Ключевые слова: Артериальная гипертензия, дневной стационар.

S.K. SAGAEVA, R.T. ZHUSUPOVA

City Clinical Hospital №4, Almaty

**STUDY QUALITY OF MEDICAL SERVICES
BY INTERVIEWING PATIENTS WERE TREATED ABOUT ARTERIAL HYPERTENSION
IN THE DAY HOSPITAL**

Resume: Surveys of patients with arterial hypertension elderly is an effective and simple method of obtaining valuable information about the quality of the medical organization. The introduction of social monitoring in any LPO is an effective mechanism for improving the quality of its work.

Keywords: Arterial hypertension, day hospital.

С.К. Сагаева, А.А. Нурсейтова

Городская клиническая больница №4, г. Алматы

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ БОЛЬНИЦЫ

УДК 614.2 – 057.875 – 056.22

Целью данной работы является определение степени доверительного отношения пациентов к средним медицинским работникам лечебного учреждения и установления роли отношения «медсестра-больной» среди факторов влияющих на исход болезни.

Материалы и методы исследования: Исследование проводилось методом социологического опроса путем добровольного анонимного анкетирования пациентов выписанных из многопрофильной городской клинической больницы №4 г.Алматы.

Общее количество пациентов охваченных исследованием составило 126 человек в возрасте старше 18 лет, различной национальной и этнической принадлежности, с равным включением женщин и мужчин в исследование. Анкетирования проведенная на казахском и русском языках состояла из 5 вопросов: информация об отношении медсестер к пациентам, регулярность выполнения назначенных процедур, разъяснение значимости лечебных мероприятий, соблюдение правил асептики и антисептики, оценка отзывчивости медсестер при необходимости медпомощи (отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно). Все полученные при исследовании данные были подвергнуты математико-статистической обработке по Стьюденту.

Полученные результаты: Ответивших на анкетные вопросы были разделены по полу и по возрастным группам. Мужчин были 67 (69,0%), женщин — 59 (39%). Пациенты в возрасте от 18 —30 лет было 22 (17,4%), от 31 года до 60 лет — 55 (43,6%), старше 60 лет, т.е. люди пенсионного возраста были 49 (38,8%).

Из общего числа ответивших на анкету 64,9% страдают хроническими заболеваниями (практически одинаково и мужчины, и женщины), из них основные: болезни системы кровообращения — 24,9%, органов пищеварения — 21,1%, костно-мышечной системы — 25,5%, нервной системы — 11,7%. У каждого из страдающих хроническими заболеваниями

В условиях лечебных учреждений и взаимодействия пациентов с медицинскими работниками во многих случаях формируются психологическими особенностями медицинского работника. В связи с этим общение медработника и больного является одним из актуальных вопросов современной медицины.

В лечебной деятельности формируется особая связь, особые отношения между медицинскими работниками и пациентами. От формирования положительного отношения между медсестрой и больным порой зависит исход любого заболевания. Порой даже, данная связь «медсестра-больной» могут играть не последнюю роль среди факторов положительно влияющих на выздоровления пациентов.

В действительности на состояние пациента огромное влияние оказывает отношение к нему медработника. Если пациент доволен, например, работой медсестры (выполнение процедур, перевязок и т.п.) который при обращении по медицинским вопросам внимательно его выслушал и в спокойной обстановке и дал ему соответствующие советы, то это уже считается первым шагом к выздоровлению.

Ключевые слова: дневной стационар, анкетирования пациентов

диагностировано в среднем имелись по две болезни.

Состояние своего здоровья считают хорошим 18,0% опрошенных (в основном молодые люди), чаще мужчины, чем женщины; удовлетворительным — 46,1%, плохим — 33,9%; 2,1% на этот вопрос не ответили.

Из числа получивших стационарное лечение 88,7% доверяют профессиональным квалификациям среднего медперсонала клиники, 5,3% — не доверяют, 6% затруднились с ответом (рисунок 1).

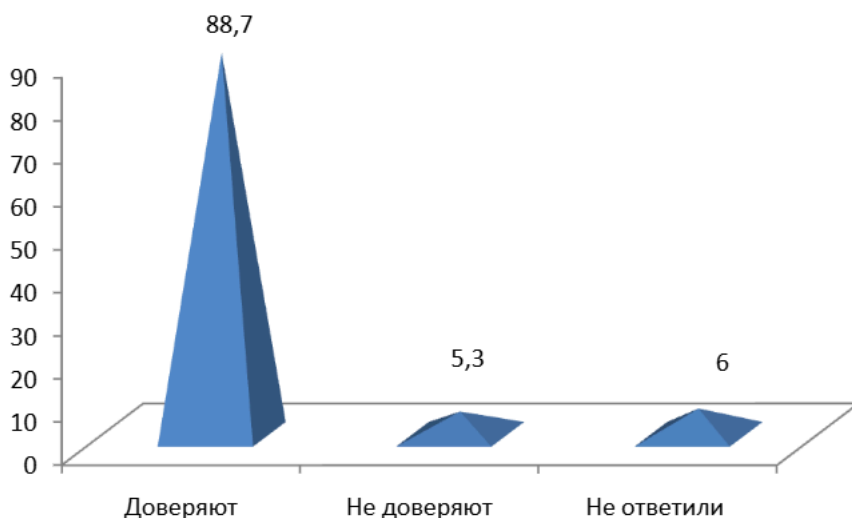


Рисунок 1 – Оценка степени доверья пациентов медицинскому персоналу больницы

Кроме этого, 69,3% респондентов считают, что уровень образованности средних медицинских кадров соответствует современным требованиям, 17,9% — не соответствует, 12,8% затруднились его оценить.

Качество выполнения различных медицинских процедур и отношение среднего медицинского звена оценили как удовлетворительную 73,3% пациентов охваченных анкетными опросами, как неудовлетворительную — 12,9%; 13,8% респондентов затруднились с ответами.

Причинами неудовлетворительной оценки были в основном внешний вид и санитарно-гигиеническое состояние рабочих помещений (процедурный, перевязочные), случаи нетактичного, грубого,

равнодушного отношения медперсоналов к пациентам (особенно пациентам пожилого возраста). Наряду с этим, многие пациенты были благодарны медсестрам, отмечены ими высокие уровни их профессиональной грамотности.

В целом, организация работы в многопрофильной клинике удовлетворяет 73,3% граждан (86,9% мужчин и 62,7% женщин), не удовлетворяет — 12,9% (отмечены случаи грубости и равнодушия медперсонала, не всегда доступная помощь врачей-специалистов, неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние палат, рабочих кабинетов). Затруднились с ответом 13,8% респондентов (рисунок 2).

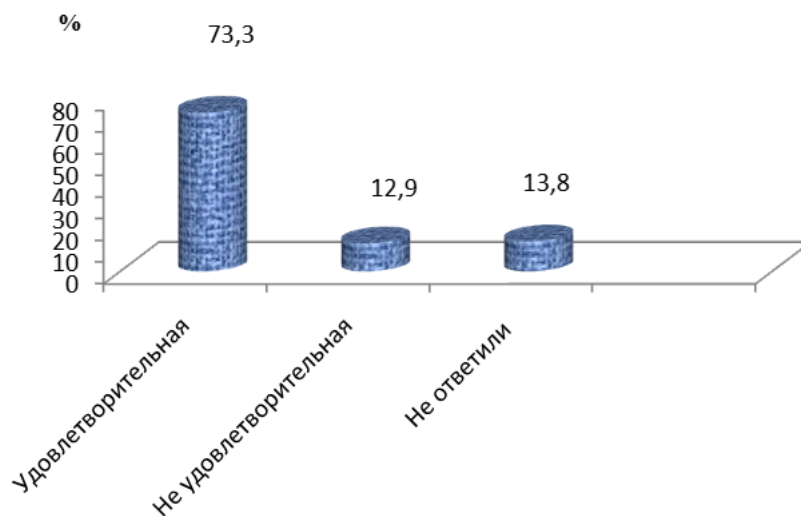


Рисунок 2 - Оценка качества выполнения работ среднего медперсонала

Неудовлетворенность в ряде случаев объясняется недостаточным уровнем деонтологической грамотности и профессионализма медицинского персонала, что диктует необходимость пересмотра отношении с пациентами.

Выводы: Результаты проведенного опроса доказывает, что пациенты получавшие стационарное лечение в городской клинической больнице №4 в большинстве случаев доверяет свое здоровья персоналам клиники и в принципе довольны результатами лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гриненко А.Я., Тришин В.М. Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 3. — 252 с.
- 2 Гриненко А.Я., Тришин В.М. Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — № 3. — 140 с.
- 3 Заборовская И.Г. Вопр. организации и информатизации здравоохранения. — 2003. — № 4. — 243 с.

С.К.САГАЕВА, А.А. НУРСЕЙТОВА

№4 Алматы қалалық клиникалық ауруханасы

НАУҚАСТАРДЫҢ АУРУХАНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНЕ ҚАНШАЛЫҚТЫ СЕНІМ БІЛДІРЕТІНІН САРАПТАУ ҚОРЫТЫНДЫСЫ

Түйін: №4 Алматы қалалық клиникалық ауруханасында ем қабылдап жатқан науқастардың аурухана қызметкерлеріне қаншалықты мөлшерде сенім білдіретіндіктерін сараптаудың бірден-бір тиімді әдісі олардың арасында осы бағытта құрастырылған сауалнамаларға жауап беру қорытындысын талқылау болып табылады. Сараптау нәтижесі ем қабылдап жатқан науқастардың басым бөлігі аурухана қызметкерлеріне сенетіндігі анықталды.

Түйінді сөздер: күндізгі стационар, науқастармен сауалнама жүргізу.

S.K. SAGAYEVA, A.A. NURSEYTOVA

City Clinical Hospital №4, Almaty

DETERMINING THE DEGREE OF RELATIONSHIP OF TRUST OF PATIENTS TO MEDICAL STAFF HOSPITALS

Resume: The results of the survey shows that patients receiving inpatient treatment at City Hospital №4 in most cases trust their health clinic staff, and basically satisfied with the results of treatment.

Keywords: day hospital patients survey

ОРТОПЕДИЯ ЖӘНЕ ТРАВМАТОЛОГИЯ | ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY

S.B. Sartaev, K.Kh Mukhamedzhanov, G.I. Khusnutdinova,

R.K. Dzhanabaeva, R.A. Kurbansopyiev

¹Asfendiyarov Kazakh National medical university

²City Clinical Hospital №4 radiology department

CLINICO-RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF BONE ECHINOCOCCOSIS ACCORDING TO LONG-TERM OBSERVATION

УДК 616.36-002.951.21-06-07-08

The purpose of this report is a demonstration of opportunities of radial methods of diagnostics at identification of an echinococcal lesion of a locomotorial system.

The main carrier of a parasite are dogs, eggs aworm in a huge number jump out with excrements outside, the scolex which got to an organism of the casual intermediate owner (person) is soaked up through an intestine and first of all gets to a liver. To the lungs scolex of a parasite get by a small circle of a blood circulation. The parasite gets to other organs through a big circle of blood circulation and is carried on blood current in any organ. The rarity of a lesion of other organs is explained by existence of hepatic and pulmonary barriers.

The echinococcus of a bone was for the first time described by Hyunter-Cullerye in 1800, the X-ray pattern of an osteal lesion of an echinococcus was for the first time given by Bayer in 1912. Consider that the germ of a parasite is brought by current of a blood and, being late, develops in capillaries of a bone tissue. According to literary data the echinococcus of bones is observed seldom, in 1-3% of all localizations of a parasite. Favourite localization of a parasitic lesion are the backbone, haunch bones (is more often ileal), femoral, humeral, tibial bones, e.t, in a backbone – 40%, haunch bones – 30%, other 30% in ribs and long tubular bones (metaepiphyseal zones) [1,2,3,4].

Materials and methods: There was an observation of 10 patients with an echinococcal lesion of bones, 4 patients of them have vertebraes struck: the thoracal – at 2, a sacrum at 2; haunch bones at 3, a humeral bone at 1, a femur at 1, and 1 patient has damage of ribs together with a lesion of liver and lungs. The clinical picture has no specific implication. On a floor and age echinococcus of bonesin our material was observed at 8 men (at the age of 26, 30 – 40, 44, 57 years), at 2 women at the age of 11, 26 years.

Due to the difficulties of diagnostics and differential diagnostics of seldom observed echinococcosis of bones and representing clinical interest the short clinicoradiological characteristic of an echinococcosis of bones according to literary data in a comparative assessment of clinical material on the basis of 10 observations (from 1971 to 2011 is provided) with a backbone lesion (at 4 patients), pelvic (at 3 patients), humeral (1 patient), femurs (1 patient), ribs (1 patient)

Keywords: Echinococcosis, bone lesion, radiodiagnostics

Growth of an echinococcal cyst in bones leads slowly and lasts for a number of years. The main clinical sign is acritical pains in the field of the struck bones.

In the course of radiodiagnostics for this patients the X-ray inspection of a thorax, spine column, humeral bones and a sacrum was conducted. The computer tomography of an abdominal cavity at 3 patients was provided.

Results and discussion: At the X-ray inspection of a backbone in the field of an affected area there is an augmentation of the sizes and deformation of bones in the beginning. Then there is a sclerosis, a necrosis and a sequestration. On the X-ray of an echinococcal lesion of a backbone a picture of an extramedullary tumor reminds. The X-ray pattern is characterized by existence of the rounded oval, incorrectly polygonal, small or more serious defects of a bone tissue parted by osteal septums of various thickness. The bone is like blown up, the cortical layer becomes thinner, the surface of a bone becomes tuberous; periosteal reaction is absent, or is expressed slightly. For an echinococcus of a backbone destructive process of vertebral bodies, and also processes and near sites of ribs without of cyst enlightenments is characteristic. On the Xrays of a backbone spherical honeycomb

cavities in bodies of the strucked vertebraes bordered

with thin sclerosed walls are defined.



Figure 1 - Echinococcal lesion of a backbone in direct and lateral projections

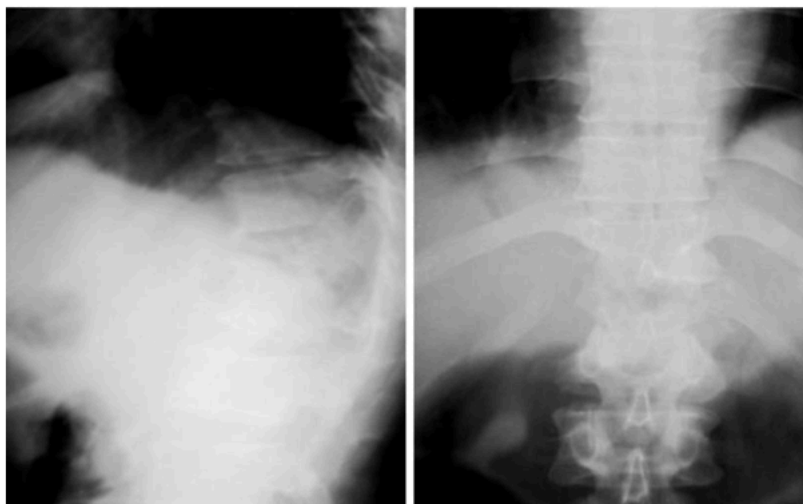


Figure 2 - Echinococcal lesion of a backbone in direct and lateral projections

For an echinococcal lesion of vertebrae lack of changes of intervertebral cartilages that is a differential diagnostic sign between a tubercular spondylitis and an echinococcosis of a backbone is characteristic. The intervertebral cartilage long time remains not struck unlike a tubercular spondylitis, in a vertebra body a honeycomb enlightment with sclerosed thin walls (a type of honeycombs with the wrong cells), reactive changes (regional osteal growths - osteophytes) in surrounding tissues are absent.

The echinococcal cyst in the field of vertebrae, in a phase of not opened cyst, is defined on the X-ray in the form of blackout of a spherical form, various sizes, and is localized ahead of bodies of vertebrae and is clearly delimited from other osteal structures.

Other implication of echinococcus in our material was an establishment of paravertebral localisation of tumor. In certain cases deformation of vertebrae led to formation of a cyphotic curvature owing to a lesion of bodies of vertebrae. This cyphotic rachiocampsis is complication of a parasitogenic lesion of a backbone. The following complication of an echinococcal lesion of bones is the pyesis of aparasitogenic cyst on a current and the X-ray pattern reminding an osteomyelitis.

Reynberg S. A. (1964) claims that at a parasitogenic lesion of a backbone there are no compression fractures of bodies and formation of «back hollow». Meanwhile, in one of 4 cases with a backbone lesion, with extensive destructive process in body.



Figure 3 - Echinococcal lesion of a ribs

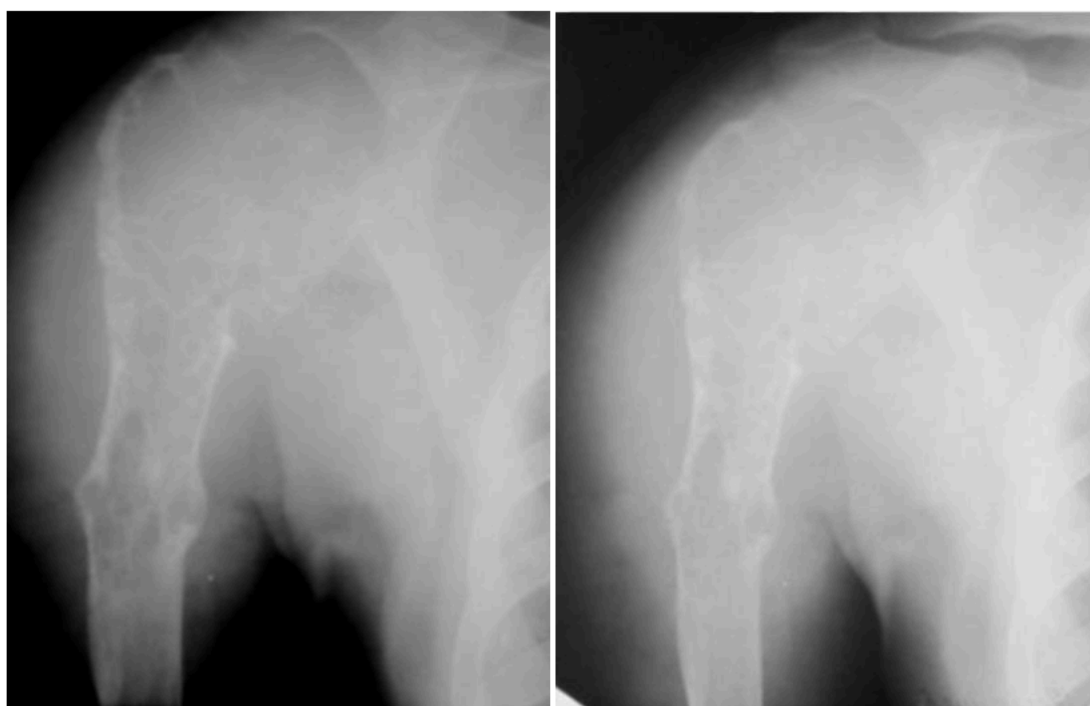


Figure 4 - Echinococcal lesion of a humeral bone

Of ThXII, a clinoid compression (²²² degrees) and formation of kyphotic «back hollow» with massive paravertebral lateral (from both sides) and an antevertebral smothtissue component became perceptible. These changes were regarded as tubercular abscess, and destructive process in body of ThX²² - as a tubercular spondylitis and antituberculous treatment was carried out to tubercular hospital,

and the echinococcal lesion of a backbone was distinguished only after an operative measure. At a long current of an echinococcus of a backbone the lesion extends on bodies of interfacing vertebrae, transversal and spinosal processus, an also adjacent parts of ribs. Paravertebrally sideways or ahead of a backbone is taped a shadow with accurate contours – so-called echinococcal sinter abscess, unlike

tubercular abscess settles down usually on the one side a backbone.

At an echinococcal lesion of a sacrum (fig. 2) the X-ray reminded a chondroma. The diagnosis was established after an operative measure. Such picture was observed in 2 cases.

In one case allegedly the diagnosis of an echinococcus of ribs is exposed taking into account the anamnesis (operation for a liver echinococcus more than 20 years ago). (fig. 3)

In other case taking into account in the anamnesis of an echinococcosis of other organs and operative measures concerning an echinococcus of a lung and a liver (2 years ago), the diagnosis of an echinococcal lesion of a wing of an ileal bone according to a computer tomography of a pelvis (17.03.2011), operation 18.03.2011 – confirmation of the diagnosis.

The X-ray is not typical for an echinococcal lesion of a bone, in a case with a backbone lesion in thoracal department the diagnosis before operation a tubercular spondylitis was made (in a tuberculous hospital), in 2 cases of an echinococcus of a sacrum a differential series was put: chordoma, giantcell tumour (GCT). Differential diagnostics of an echinococcosis of bones is difficult, covers the extensive list of diseases: tuberculosis, osteomyelitis, syphilis, all types of a fibrous osteodystrophy and a dysplasia, a hemophilic osteal cyst, some reticuloendothelial diseases, a neurogenic osteoarthropathy, tumors (a chondroma, especially a hemangioma) and malignant (a metastatic cancer and multiple myelomas), and in our opinion and primary cancer.

Laboratory data not always help with diagnostics. In our observations at suspicion on existence of an echinococcal lesion of bones there was a negative reaction of Casoni (Casoni's synonym - Casoni), and in recent years this assumption doesn't allow to confirm reaction to latex agglutination. On thought of an echinococcal lesion of bones specifies existence in the anamnesis the echinococcal cysts in a liver and a pulmonary tissue. In our case in the analysis at the 1st

patient the echinococcal cyst of a liver (more than 20 years) was removed, on X-rays and on CT-scans (2005) of organs of a thorax 2 formations, one spherical form to 1,5 cm in the diameter in the right lung, typical for an echinococcal cyst were defined, another – in the left lung of the irregular form in the top share was regarded as a blastoma with a rib destruction (as an apical cancer) on a consultation. Along with this opinion on a consultation one of authors of this work (G.I. Khusnutdinova) had other opinion, namely that it is an echinococcosis of a lung and ribs with infiltrative body height (the opinion on a parasitogenic lesion is confirmed at operation). In two cases of a lesion of long tubular bones (a femur-1, a humeral bone-1) process was regarded as a chondrosarcoma in a femur, as a giantcell tumor (GCT) in a humeral bone (fig. 4). In one observation CT of organs of a thorax which didn't clear up in differential diagnostics between echinococcosis and cancer lesion of a lung and ribs is executed, process was estimated as a cancer of the left lung with metastasises in the right lung. Recognition is facilitated in case of germination of a cyst in soft tissues of an extremity and at identification on X-ray calciphied echinococcal cysts.

Conclusion: the provided data about an echinococcal lesion of bones show that X-ray with application of computer technology doesn't solve a problem of early diagnosis of this pathology. The diagnosis can be exposed taking into account clinicoradiological data which are confirmed after an operative measure. Accumulation of clinical observations with the confirmed diagnoses of parasitogenic lesions of bones has to improve diagnosis of this pathology. CT and MRI do not clear up diagnostics and differential diagnostics of an echinococcosis of bones, though allow to estimate prevalence of process therefore by the main method of radiodiagnosis and now there is the X-ray examination, then ultrasonic diagnostics for an formation contents assessment (changes in soft tissues, liquid or tissue at an assessment, and an abdominal cavity (liver).

REFERENCES

- 1 Reynberg S.A. Radiodiagnosis of diseases of bones and joints. – M.: 1964. – V1. - P.382-384
- 2 Balmukhanov S.B. Two cases of an echinococcus of bones. // Messenger of a roentgenology. 1952. - P.84-87
- 3 Mirzoyev E.S., Mirzoyev N.E. Case of an echinococcal lesion of a diaphysis of a humeral bone. // Traumatology and orthopedics of Russia. 2009. – №4. – 106 p..
- 4 Pavlenko N.N., Krasnov A.S. Case of recurrence of an echinococcosis of a tibial bone. The messenger of surgery n. a. I.I. Grekov. 2009. – № 3. – P.88-89.

С.Б. САРТАЕВ, К.Х. МҰХАМЕДЖАНОВ, Г.И. ХҰСНУТДИНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Р.А. КУРБАНСОПИЕВ
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
№4 қалалық клиника аурухана*

СҮЙЕК ЭХИНОКОККОЗЫНА ҰЗАҚ УАҚЫТ БАҚЫЛАУ КЕЗІНДЕГІ СӘУЛЕЛІ КЛИНИКАЛЫҚ ДИАГНОСТИКА

Түйін: Диагностика мен сүйек эхинококкозы жиі байқалатын дифференциалдық диагностикада пайда болатын қиындықтарға байланысты, клиникалық қызығушылық тұрғысынан әдеби мәліметтер мен салыстырмалы клиникалық материалдар (1971-2011 ж. аралығындағы жүргізілген) 10 бақылау негізінде қысқа клинко-рентгенологиялық тексеру әдістері жүргізіледі. Оның ішінде төрт науқас омыртқа зақымдалуымен, үш науқас жамбас сүйек зақымдалуымен, екі науқас ұзын түтінше сүйек, біреуі қабырға зақымдалуымен кездесті.

Түйінді сөздер: Эхинококкоз, сүйек бұзылуы, рентген диагностикасы.

С.Б. САРТАЕВ, К.Х. МУХАМЕДЖАНОВ, Г.И. ХУСНУТДИНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Р.А. КУРБАНСОПИЕВ
*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Городская клиническая больница №4, отделение: лучевой диагностики*

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА КОСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА В СООТВЕТСТВИИ С ДОЛГОСРОЧНЫМИ НАБЛЮДЕНИЯМИ

Резюме: В связи с трудностями диагностики и дифференциальной диагностики редко наблюдающегося эхинококкоза костей и представляющего клинический интерес приводится краткая клинко-рентгенологическая характеристика эхинококкоза костей по литературным данным в сравнительной оценке клинического материала на основе 10 наблюдений (с 1971 по 2011г.г.) с поражением позвоночника (у 4-х больных), тазовых (у 3-х больных), плечевых (1 больной), бедренных костей (1 больной), ребер (1 больной).

Ключевые слова: Эхинококкоз, костное поражение, рентген диагностика.

С.С. Альходжаев, Р.Р. Гайсин, А.И. Панфилов, А.А. Федотов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4, отд. КГХ

ФИЛОСОФИЯ ПОДХОДА К ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

УДК 611.72-022.7

Актуальность: несмотря на богатый мировой опыт протезирования крупных суставов (коленный, тазобедренный), актуальной остается проблема перипротезной инфекции. В зависимости от диагноза складывается дальнейшая тактика лечения.

Цель работы: освещение общих положений к подходу лечения перипротезной инфекции крупных суставов, разработанных в клинике травматологии-ортопедии №4 городской клинической больницы г.Алматы.

Материалы и обследование. Несмотря на множество классификаций данной патологии, в мире не существует единого стандарта лечения. В нашей клинике мы используем классификацию, учитывающую сроки и глубину поражения после проведения оперативного вмешательства.

По срокам:

- ранняя перипротезная инфекция (до образования биопленки на поверхности имплантата, до 2-3х недель с момента проведенной операции).
- поздняя перипротезная инфекция (более 3х недель с момента проведенной операции).
- По глубине поражения:
- поверхностная (лигатурные свищи ПЖК);
- глубокая.

За 2016 год в отделении костно-гноной хирургии ГКБ №4 было выполнено 51 оперативное вмешательство по удалению эндопротезов и последующей установкой антибактериального цементного спейсера.

Из них:

- 38 операций на коленный сустав;
- 13 на тазобедренный сустав.
- Операции на коленный сустав:
- установлено 3 неартикулирующих спейсера
- установлено 35 артикулирующих спейсеров
- По типу протеза: 32 протеза системы CR, 6 протезов системы TS.

Попытки ранней санации перипротезной инфекции коленного сустава хирургическим путём с заменой полиэтиленового вкладыша не дали положительного результата.

Во всем мире врачи травматологи-ортопеды предлагают огромное количество методов борьбы с инфекцией в области имплантата крупного сустава (тазобедренного, коленного суставов). Прийти к единому мнению по лечению в области имплантата пока не удается. В этом аспекте хотели бы осветить наши видения к подходу на данной категории больных.

Ключевые слова: перипротезная инфекция, имплантат крупного сустава, эндопротез, антибактериальный цементный спейсер, протезирование, ревизия сустава

При ранней санации перипротезной инфекции тазобедренного сустава хирургическим путем с ежедневной активной хирургической тактикой, применением пульс-лаважа (3-6кратно), VAC-системы и последующей заменой полиэтиленового вкладыша заканчивались первичным заживлением раны и подавлением инфекционного процесса. До хирургической санации очага антибиотики не назначаются.

При малейшем подозрении на инфекционный процесс в области установки имплантата необходимо применять активную хирургическую тактику. Проблема есть и её надо решать.

Консервативное «задавливание» инфекционного процесса антибактериальными препаратами не только не оказывает положительного эффекта, но усугубляет дальнейшее лечение пациента. В последующем развивается поливалентная резистентность возбудителя к большинству антибиотиков, что существенно сокращает «ассортимент» применяемых лекарственных средств.

Большая часть удачного исхода зависит:

- от технической части оперативного вмешательства (тщательная некрэктомия, иссечение видоизмененных мягких и костных тканей, тотальное удаление цементной мантии, лигатур, использование пульс-лаважа в объеме не менее 5-7 литров)

- от предоперационного лабораторного состояния пациента (уровень гемоглобина, общий белок, мочевины, креатинина, глюкозы).
 - от состояния кожных покровов перед операцией (положительный результат будет при условии создания максимально не гиперемизированных, гипертрофированных, с некрозом и дефектом кожных покровов, наличие обильного гнойного отделяемого)
 - искренняя заинтересованность пациента в положительном результате (тщательное и подробное соблюдение режима, назначений, рекомендаций и необходимых ограничений).
- Антибактериальная терапия играет второстепенную роль в успехе. Хотя и она имеет не маловажное значение. Антибиотики назначаются обязательно с учетом чувствительности микрофлоры. И в

послеоперационном периоде тоже необходимо их применение.

Данная патология не является безнадёжной ситуацией для пациента, но пациент должен быть готов к неоднократным оперативным вмешательствам ввиду не всегда успешных первичных ревизий с установкой антибактериального спейсера. Лечение данной группы пациентов должно быть строго контролируемым, так как сроки последующих операций не должны как передерживаться, так и искусственно ускоряться.

Выводы: Лечение перипротезных инфекций является трудоёмкой и продолжительной работой как врача, так и пациента. Эта проблема остаётся открытой, и продолжаются работы над её решением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Воронцов А.В. Эндортезирование суставов: лекция проф. А.В. Воронцова на расширенном заседании учёного совета 24.10.1980 г.; посвящён 95-й годовщине со дня основания института. – Л.: ЛенГИДУВ, 1980. – 16 с.
- 2 Куропаткин Г.В., Ахтямов И.Ф. «Костный цемент в травматологии и ортопедии». – Казань: 2003. – 56 с.
- 3 Naas, S. S., Brauer, G. M. and Dickson, G., A Characterization of Polymethyl methacrylate Bone Cement. J. Bone Joint. Surg. Am., 57, 380-391 (1975).

С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, Р.Р. ГАЙСИН, А.И. ПАНФИЛОВ, А.А. ФЕДОТОВ
*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
 Травматология-ортопедия кафедрасы,
 Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.*

ІРІ БУЫНДАРДЫҢ ПЕРИПРОТЕЗДІ ИНФЕКЦИЯСЫНА КӨЗҚАРАС ФИЛОСОФИЯСЫ

Түйін: Дүниежүзілік травматолог-ортопед дәрігерлері ірі буындардың (сан, тізе буындардың) имплантатың маңайындағы инфекциямен күресу үшін көптеген әдістер ұсынууда, бірақ ойдағыдай емес. Емдеудің жаңа әдістерін іздестіруді жалғастыру керек.

Түйінді сөздер: перипротездік инфекция, ірі буындардың имплантаты, эндопротез, бактерияға қарсы цементті спейсер, протездеу, буынды тексеру.

S.S. ALCHODZHAEV, R.R.GAYSIN, A.I.PANFILOV, A.A.FEDOTOV
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
 Department of traumatology-orthopaedy.
 City Clinical Hospital №4, branch of KGH, Amty c.*

THE PHILOSOPHY OF THE APPROACH TO PERIPROSTHETIC INFECTION OF LARGE JOINTS

Resume: In the world Traumatologist orthopedic doctors offer a huge number of methods to combat infection in the large joint implants (hip, knee).

Keywords: periprosthetic infection, a large joint implants, prosthesis, antibacterial cement spacer prosthesis, the joint revision.

С.С. Альходжаев, К.М. Тезекбаев, А.К. Килыбаев, Р.М.Махмудов, Н.Турбеков

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,

кафедра травматологии и ортопедии

Городская клиническая больница №4

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

УДК 616-001.5/.718.19:616.71-001.5-089.84-08.

Введение. Современные тенденции к увеличению частоты множественных и сочетанных повреждений скелета позволяют утверждать, что актуальность проблемы сохраняется в ближайшие десятилетия. Переломы костей таза, особенно тазового кольца - представляют собой одну из сложных проблем травматологии. Актуальность темы определяется высокой анатомической сложностью строения и лечения пациентов с переломами костей таза в составе политравмы. Переломы костей таза составляют от 3 до 10% всех повреждений опорно-двигательного аппарата (Г.П.Котельников, С.П.Миронов, В.Ф.Мирошенченко, 2006). Уровень летальности вследствие нестабильных повреждений таза варьирует от 10 до 18%, инвалидности — от 30 до 50%. Техника хирургического лечения сложна, специальное обучение хирургии таза не проводится, практический врач испытывает трудности лечения повреждений таза. Это определяет актуальность изучения клиники, диагностики и лечения.

Цель. Провести анализ историй болезни больных и исходов лечения переломов костей таза на клинической базе ГКБ № 4 в период с 2011-2014 гг. с применением современной классификации АО (ASIF) А, В, С.

Материалы и методы исследования. Данная работа основана на результатах обследования и лечения 204 больных с повреждением костей таза, пролечившихся в отделении политравмы. 90% случаев травмы таза носят множественный и сочетанный характер. Из выписанных больных за 4 года перелом костей таза составило 7,6%. Наибольшее количество больных пришлось на лиц среднего возраста. Среди них преобладали лица мужского пола. Мужчин было 114, женщин 90. Подавляющее большинство пострадавших получили переломы в результате дорожно-транспортных происшествий - 179. Основные причины травм при ДТП - превышение скорости, невнимательность и нетрезвое состояние как водителей, так и пешеходов, переходы возле близко идущего транспорта. Другие причины: бытовые - 12, производственные - 9, уличные - 4.

В настоящее время проблема лечения переломов костей таза является актуальной из-за непрекращающегося роста травматизма и тяжелых последствий травмы. Нами проведен анализ исхода и качества лечения больных с переломом костей таза, которые лечились в ГКБ №4, являющийся клинической базой кафедры травматологии и ортопедии КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова. Изучена частота применения оперативного и консервативного методов лечения, а также длительность пребывания больных в стационаре. На сегодняшний день мало опубликованных работ посвященных исходам и качеству лечения костей таза, данный вопрос становится актуальным.

Ключевые слова: политравма, тазовое кольцо, нестабильно, «положение Волковича», гамак, остеосинтез

Повреждения костей таза по классификации АО (ASIF): Тип А - стабильные переломы тазового кольца - 134. Тип В - частично нестабильные (ротационно нестабильные) переломы тазового кольца - 36. Тип С - полностью нестабильные (ротационные и вертикально нестабильные) переломы тазового кольца - 34. Лечились консервативно - 145, оперативно - 59. Больные типа А и одна треть больных типа В лечились консервативно, им проводилось лечение в положении больного на спине с подведенными валиками под коленные суставы (положение Волковича, «поза лягушки») и установить так, чтобы больные не упирались стопой в постель. В этом и заключается эффективность метода, который не всегда соблюдается врачами. При переломах переднего полукольца таза со смещением отломков применялись манжетное и скелетное вытяжения, гамак для подвешивания таза. Проведены 59 оперативных вмешательств. Из них: остеосинтез аппаратом внешней фиксации - 5, остеосинтез пластинками - 48, винтами - 6. Длительность стационарного лечения у больных типа А и В составило в среднем - 18-20 дней,

продолжительность стационарного лечения типа С-8-14 дней. При поступлении у 17 больных был шок разной степени. Этим больным проводился комплекс противошоковой терапии, в том числе внутривенные и внутриаартериальные переливания крови и кровезаменителей, внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову-Селиванову. Исходы лечения у больных в сроки от 1 года до 4-х лет. Оценка результатов лечения была проведена по трехбалльной системе.

- Положительные результаты лечения наблюдались у 147 больных с изолированным переломом таза и переломами без нарушения непрерывности тазового кольца (по типу А и В). У этих больных отсутствуют боли при движении, амплитуда движений сустава полная. На рентгенограмме положение костей таза правильное, остеопороз не выявлен.

- Удовлетворительные результаты наблюдались у 55 из 59 больных с переломами, нарушениями непрерывности тазового кольца (тип С). Они предъявляли жалобы на боли в области таза после длительной нагрузки, ограничения движений не чувствовали. На рентгенограмме перелом

сросшийся, местами определяются следы перелома.

- Неудовлетворительные результаты отмечены у больных с нестабильными переломами 4 из 59 человек. Они были связаны в основном с нарушением опорно-двигательной функции суставов нижних конечностей, наличием контрактур. На рентгенограмме — остеопороз костей таза.

Выводы. Несмотря на сложность операции при переломан костей таза типа С и вертлужной впадины, оказание высокоспециализированной помощи больным, начиная на реанимационном этапе с внешней фиксации, малоинвазивная внутренняя фиксация на клиническом этапе, сокращает стационарное лечение, раннюю реабилитацию больных, улучшает качество лечения, а в последующем и качество жизни больных. Необходимо специальное обучение хирургии таза, создать базу данных больных (перелом таза) в клинике, с целью продолжения научного анализа, улучшения качества лечения и разработка единого алгоритма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 К.М. Корнилов. Травматология и ортопедия. - М.: 2014. - 276-291 с.
- 2 Р. Саймон, С. Шерман, Дж. Кенитенехт. Неотложная травматология. - М.: 2012. - С. 361-391.
- 3 Г.П. Котельников, С.П. Миронов, В.Ф. Мирошенченко. Травматология и ортопедия. - М.: 2006. - С. 248-280.
- 4 Л.И. Соков. Неотложная травматология. - М.: 2005. - С.130-159.
- 5 А.Н.Грищук, М.Э. Пусаев, Н.В. Тишков, В.Ю. Васильев Оперативное лечение несвежих и застарелых двухсторонних ротационно-нестабильных повреждений таза // Бюллетень ВСИЦ со РАМН. - 2010. - №5 (75). - С. 24-26.
- 6 Анкин Л. Н. Хирургическое лечение нестабильных повреждений тазового кольца / Л. Н. Анкин, Ю. В. Поляченко, В. В. Бурлука, Н.Л. Анкин // Ортопедия, травматология и протезирование. - 2000. - № 4. - С. 9-14.
- 7 Н.Д. Батпенов, Ш.А. Баймаганбетов, М.К. Мурсалов Оперативное лечение повреждений крестцово-повздошных сочленения Г-образной пластинкой //Травматология және ортопедия. - Астана: 2011. - №1. - С. 80-83.
- 8 Е.Т.Жунусов, А.М. Жанасбаев, А.Б.Султангереев, К.Н. Тезекбаев, Н.Т. Естенесов, Р.М.Салимов, С.Д. Альмежанов Хирургическая тактика и малоинвазивный остеосинтез нестабильных повреждений костей таза у пациентов с политравмой // Травматология және ортопедия. - Астана: 2011. №1. - С. 51-56.

С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, К.М. ТЕЗЕКБАЕВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, А.К. КИЛЫБАЕВ, Р.М. МАХМУДОВ, Н.Т. ТУРБЕКОВ

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

Травматология-ортопедия кафедрасы,

Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.

ЖАМБАС СЫНЫҚТАРЫН ОҢТАЙЛЫ ЕМДЕУ

Түйін: Қазіргі уақытта жамбас сынықтарын емдеу мәселесі жарақандудың қарқынды өсуі мен жарақаттың ауыр зардаптары

салдарынан өзекті болып табылады.

Түйінді сөздер: политравма, жамбас сақинасы, «Волкович жағдайы», гамак остеосинтезі.

S.S. ALCHODZHAEV, K.M. TEZEKBAYEV, M.N. JAXIBAYEV, A.K. KILYBAYEV, R.M. MAHMUDOV, N.T. TURBEKOV

Asfendiyarov Kazakh National Medical University,

Department of traumatology-orthopaedy,

City Clinical Hospital №4, branch of KGH, Almaty c.

TREATMENT OUTCOME OF PELVIC BONES FRACTURES

Resume: This work provides result of treatment of 204 patients with plural and unstable fractures of pelvic bones, which have been treated in City clinical hospital №4.

Pelvic bone fractures especially with polytrauma produce significant problem in treatment.

Keywords: polytrauma, pelvic ring, unstable, «Volkovich position», hammock, osteosynthesis.

С.С. Альходжаев, К.М. Тезекбаев, А.К. Килыбаев, М.Н. Джаксыбаев, Б.А. Жанкин, Р.Р. Ни, Г.Б. Махамбетов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4, отделение КГХ

ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

УДК 616-001.5/.711.87-08

Актуальность. В современном мире проблема эффективного лечения переломов позвоночника является актуальной, в связи с прогрессирующей урбанизацией, ростом техногенных, природных катастроф, дорожно-транспортных происшествий, не соблюдение техники безопасности при ведении строительных работ, которые приводят к росту травматизма.

Одним из самых массовых видов травматизма в мирное время – «убийца номер один», является ДТП, что в свою очередь волнует и привлекает внимание хирургов, травматологов, социологов, экономистов и др. При дорожно-транспортных происшествиях на первый план выходят повреждения опорно-двигательного аппарата. При этом наблюдается высокий рост травм позвоночника с тяжелыми последствиями, которые составляют 1,5-17% от всех повреждений опорно-двигательного аппарата (С.П.Котельников с соавторами 2006г). До 90% случаев травмы позвоночника носят сочетанный и множественный характер, сопровождаются травматическим шоком, что обуславливает тяжесть общего состояния пострадавших, поэтому в первые часы после травмы доминируют мероприятия, направленные на спасение жизни пациента. Повреждение позвоночника в структуре политравмы (множественной, сочетанной травмы) составляет от 1-4% и наблюдается тенденция к их росту.

Для поиска наиболее оптимального подхода лечения нами были проведены анализы лечения переломов позвоночника у 255 больных в клинике на кафедре травматологии-ортопедии (на базе ГКБ №4) за 2013-2015гг. Было изучено качество и частота применения оперативного и консервативного методов лечения, а также длительность пребывания пациентов в стационаре.

Цель: Организация специализированной медицинской помощи пострадавшим с травмами позвоночника. Изучены возрастные группы, механизмы травмы, средняя длительность пребывания пациентов в стационаре с травмами позвоночника. А также определение частоты

Экономические потери, социальные проблемы, а также высокая инвалидизация (от 30 -50%) и летальность (до 25% - от травм позвоночника), среди пострадавших определяют большую социальную и медицинскую значимость. Все это заставляет исследователей продолжать поиск новых эффективных способов лечения различных повреждений позвоночника.

Ключевые слова: стабильный, нестабильный, функциональный, комбинированный, ламинэктомия

повреждений отделов позвоночника и анализ методов лечения в клинике при кафедре травматологии и ортопедии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова в период с 2013- 2015 гг.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе лечения 255 больных. Нами были использованы клинические, рентгенологические, морфометрические методы. Полученный материал был обработан методом вариационной статистики.

Результаты. Был проведен анализ 255 историй болезни с различными видами переломов позвоночника за 2013-2015 гг., среди которых было 140 (54,9%) мужчин и 115 (45,1%) женщин, находившихся в клинике (ГКБ №4). Средний возраст пациентов: 41,7 лет. Наиболее частым механизмом травмы явились: бытовые травмы - 134 (52,5%), ДТП - 87 (34,1%), умышленные травмы - 17 (6,6%), производственные травмы - 6 (2,35%), прочие - 11 (4,31%). Средняя длительность пребывания в стационаре (койко-дней): 12,7 к/д. Применяли консервативный – 207 (81,17%) и оперативный - 48 (18,83%) методы лечения. Из консервативных методов лечения применялись: положение больного на щите с валиком в месте перелома и сгибание коленного сустава на 140 градусов. Одномоментные, комбинированные и постепенные репозиции не применялись из-за тяжести состояния больных. Выполненные оперативные методы лечения: Спондилодез;

Ламинэктомия; Задняя транспедункулярная фиксация «Медтроник»; Устранение кифотической деформации; Вправление вывиха позвончика; Декомпрессия позвоночного столба; Транспедункулярная частичная резекция тела позвонка; Удаление костных отломков; Кифопластика «Медтроник»; Вертебропластика позвончика «Медтроник»; Резекция тел позвончика; Межтеловой спондилодез; Фиксация пластиной Атлантис «Медтроник»; Передняя фиксация пластиной Slimwoc; Чрескожная вертебропластика тела позвонка. Исходы лечения: 97% (248) пациентов - с улучшением, 1,5 % (4) пациента - без изменения и 0,8 (2) пациента - с частичной регрессией

симптомов. Всем пациентам, выписанным из стационара - даны рекомендации по лечению и дальнейшему наблюдению по месту жительства.

Выводы: Организация высокоспециализированного отделения политравмы в данном лечебном учреждении оптимизировала лечение самых тяжелых групп больных с травмами позвончика и достигла положительных результатов.

Для дальнейшего улучшения качества лечения больных необходимо создать базу данных больных (с переломами позвончика) в клинике с целью продолжения научного анализа, улучшения качества лечения и разработки единого алгоритма лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абдуразаков У.А., Абдуразаков А.У. Травмы и переломы позвончика // Травматология.- Алматы: Казакпарат, 2013. – С. 205-227
- 2 Корнилов К.М. Травмы позвончика //Травматология и ортопедия.- М.: ГЭОТАР, 2014. – С. 112-160.
- 3 Котельников Г.П., Миронов С.П., Мирошниченко В.П. Методы лечения травм позвончика // Травматология и ортопедия.- М.: Медицинская практика, 2008. –С. 629-645.
- 4 Соков Л. И. Оптимальные методы лечения. Вертебропластика. //Неотложная травматология. – М.: ГЭОТАР, 2005. – С. 115-117.
- 5 Юмашев Г. С. Консервативное и оперативное лечение травм позвончика // Травматология и ортопедия. – М.: ОргМед, 1992. – С. 46-87.
- 6 Мухамеджанов Х.К., Карибаев М.В., Мухамеджанов Д.Ж., Бекарисов О.С. Частота. Распространённость структуры травмы позвончика и состояния медицинской помощи больным с травмой позвончика в Республике Казахстан //Травматология и ортопедия. – Алматы: Казакпарат, 2011. – С. 69-80.
- 7 Жунусов Е.Т.,Султангереев А.Б., Естемесов Н.Т., Али А.Е., Калиев Е.Н. Роль стабильно-функционального остеосинтеза переломов позвончика в комплексном лечении пациентов с политравмой» // Травматология и ортопедия. – Алматы: Казакпарат, 2011. – С. 74-116.
- 8 Швец А.И. Переломо-вывихи в шейном и грудном отделах позвончика. Факторы риска неврологических осложнений //Журнал «Травма». – Луганск: ОргМед, 2008. –Т.9. – №4. –С. 587-604.
- 9 Синицин В.М. , Корниенко А.В., Росков Р.В. Реабилитация больных и инвалидов с неосложненными стабильными компрессионными переломами тел позвонков. //Человек и его здоровье – СПб.: Медицина, 1997. – 145 с.
- 10 Ставрев П.С. Наша тактика при лечении груднопоясничного отдела позвончика // Проблемы хирургии позвончика и спинного мозга: тезисы докладов Всероссийской научной практической конференции. – Новосибирск: Медицина, 1996. – С. 54-55.
- 11 Ульрих Э.В., Мушкин А.Ю. Пластика позвончика // Вертеброплагия в терминах, цифрах, рисунках. – СПб.: ЭЛЬБИ-СПб, 2004. – 97 с.

**С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, К.М.ТЕЗЕКБАЕВ, А.К.КИЛЫБАЕВ, М.Н.ДЖАКСЫБАЕВ, Б.А.ЖАНКИН, Р.Р.НИ,
Г.Б. МАХАМБЕТОВ**

*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология-ортопедия кафедрасы,
Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.*

СЫНҒАН ОМЫРТҚАНЫ ОҢТАЙЛЫ ЕМДЕУ

Түйін: Экономикалық шығындар, әлеуметтік мәселелер, сонымен қатар жоғары мүгедектік (30-50%-ға) және өлім – жітім (омыртқа 25%-ға дейін), зардап шеккендердің арасынан әлеуметтік және медициналық мәселелердің маңыздылығы анықталады. Сол себептен, ғалымдар әртүрлі омыртқа жарақаттарын емдеудің жаңа тиімді әдістерін зерттеп табулары қажет.

Түйінді сөздер: тұрақты, тұрақсыз, функциялық, құрама, ламинэктомия.

**S.S.ALCHODZHAEV, K.M.TEZEKBAYEV, A.K.KILYBAYEV, M.N.JAXIBAYEV,
B.A.ZHANKIN, R.R.NI, G.B.MAHANBETOV**

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology-orthopaedy,
City Clinical Hospital №4, branch of KGH, Amty c.*

OPTIMAL METHODS OF VERTEBRAL COLUMN'S TREATMENT

Resume: Economic losses, social problems, high level of invalidation (from 30 - 50%) and a lethality (to 25% - from injuries of vertebral column), the great social and medical importance of a problem is defined among patients. Therefore all this aspects show that researchers have to continue search of the new effective ways of various injuries' treatment of the vertebral column.

Keywords: stable, unstable, functional, combined, a laminectomy.

С.О. Туткышбаев, Л.К.Аманжолова, С.С. Альходжаев

Национальный центр проблем туберкулеза РК, г. Алматы

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

УДК 616.71/72-002.5-07-089

Актуальность проблемы. Автоматизированная система культивирования на жидкой среде (ВАСТеС mgIT 960) позволяет определить МБТ до 15–20% и сроки выделения культур *M. Tuberculosis* в среднем 22 дня. Молекулярно-генетические методы выявления МБТ в патологическом материале - Genexpert MTB/RIF обеспечивает быструю диагностику туберкулеза и устойчивости к рифампицину (Rif). Лекарственная устойчивость при костно-суставном туберкулезе в 54,0% случаев верифицируется в послеоперационном материале методом бактериологического посева на среды Левенштейна-Йенсена и определением теста на лекарственной чувствительности к препаратам первого и второго ряда. [2]. При костно-суставном туберкулеза проводится сопоставление данные рентгенологических методов исследования с клиническими, лабораторными, бактериологическими, цитологическими, гистологическими результатами. После установления диагноза успех лечения костно-суставного туберкулеза, особенно осложненных форм, зависит от рационального сочетания радикальных операции и противотуберкулезной терапии. Преимущества радикальных и реконструктивных оперативных вмешательств в лечение особенно костно-суставного туберкулеза обоснован был еще в трудах П.Г.Корневым, подтвержденными также Казахстанскими учеными в различных клинических исследованиях [3]. Цель исследования – показать эффективность лечения больных костно-суставным туберкулезом путем своевременной диагностики и

Бактериологические методы остаются до настоящего времени единственными методами, позволяющими определить не только этиологию заболевания, но и определить спектр лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам. Методы культивирования на среде Левенштейна-Йенсена принято считать «золотым стандартом», позволяющая высевать, по данным зарубежных авторов, до 7,9% МБТ из лимфатических узлов, паренхиматозных органов, кожи, костей [1].

Ключевые слова: бактериологические методы диагностики туберкулеза, туберкулез костей и суставов, позвоночный туберкулез

использования современных хирургических методов.

Материалы и методы исследования. Настоящая работа проводилась в отделениях хирургического лечения внелегочного туберкулеза Национального центра проблем туберкулеза Республики Казахстан. Среди поступивших с подозрением на специфический процессов преобладали больные с туберкулезом костей и суставов и составил 349 человек. Сочетание с туберкулезом легких выявлено в 34 (9,7%) случаях. Анализ пола среди больных существенной разницы не выявил, так мужчины было – 191 (54,7%), женщин – 158 (45,3%). В структуре заболеваемости туберкулезом костей и суставов, преобладали больные в возрасте от 30 до 65 лет (57,8%) (рисунок 1).

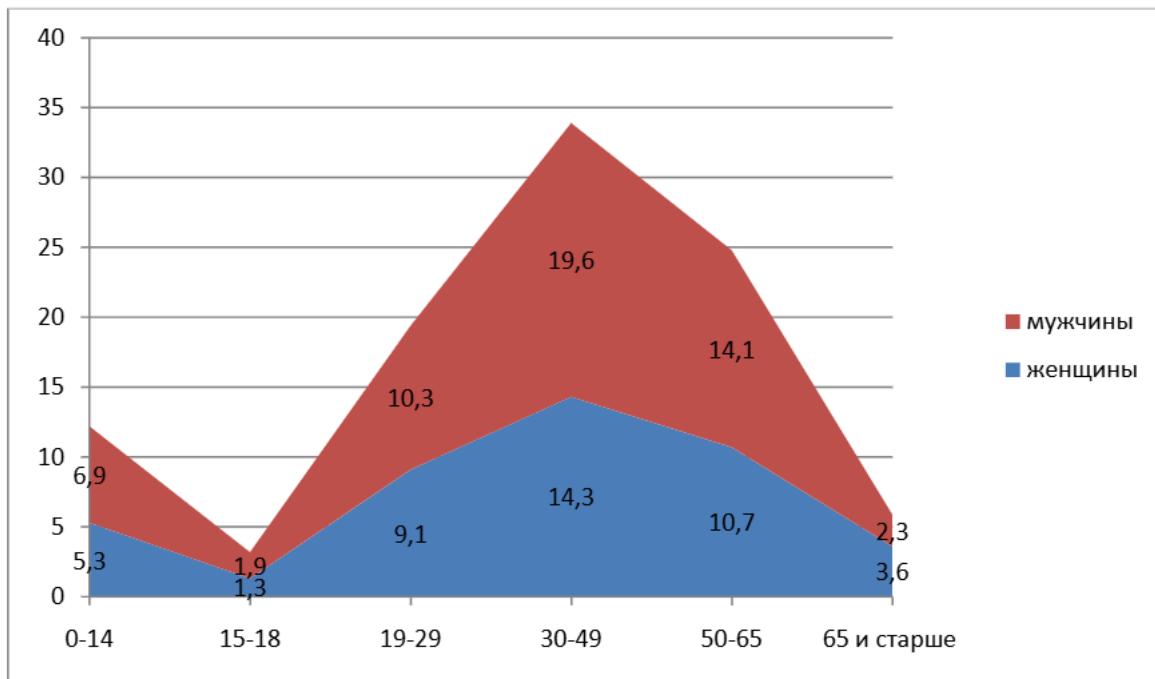


Рисунок 2 – Распределение больных туберкулезом внелегочной локализации по полу и возрасту (%).

Всем больным проводили рентгено-томографическое исследование, минимум трехкратное микробиологическое исследование в биологическом материале (экссудат, отделяемое из свища, биопсийный, операционный материал и др.). Изучалась чувствительность микобактерии туберкулеза к химиопрепаратам. По характеру проводимого оперативного вмешательства больные распределялись

следующим образом: абсцессотомия и некрэктомия на позвоночнике произведены у 255 (73,0%) пациентов с туберкулезным спондилитом. Артротомия, синовэктомия и некрэктомия на суставах проводились у 47 (13,5%) больных с туберкулезным кокситом и гонитом. В обеих группах в основном преобладали распространенные процессы (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение проведенных операций по нозологии за 2013 и 2014 гг.

№	Локализация	2013	2014
1	Позвоночник:	149 (79,3%)	133 (79,0%)
	Грудной отдел	53	52
	Грудопоясничный отдел	10	9
	Поясничный отдел	79	68
	Сакроилеит	5	1
	шейный	2	3
2	Суставы:	39 (20,7%)	28 (21,0%)
	Тазобедренный	16	10
	Коленный	8	14
	Плечевой	2	4

При вмешательстве на тазобедренных и коленных суставах у 8 (2,3%) детей при вмешательстве в очаге деструкции проводилась внесуставная некрэктомия за счет удаления очага разрушения и при этом обычно удавалось одномоментно убрать весь патологический очаг – гной и костные секвестры. По завершении некрэктомии образовывался дефект костной ткани и проведено заполнение костной полости костным цементом (гидроксипатитом).

Одной из основных задач хирургического лечения при туберкулезе позвоночника являлась ликвидация местного специфического очага в позвоночниках и окружающих мягких тканях. На нашем материале у 56% больных в абсцессах обнаруживались до 450 мл. гноя, у больных производились некрэктомия пораженных тел позвонков, абсцессотомия и дренирование костной полости.

Для переднего спондилодеза чаще всего применяли свободные аутотрансплантаты (из ребра, подвздошной кости). Результаты костной пластики, по данным рентгенологических исследований, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также по клиническим оценкам, проверялись через 2, 4 месяца через 1-2 года после операции. Изучение рентгенограмм позвоночника на различных сроках послеоперационного наблюдения показало, что начальные признаки адаптации и перестройки трансплантатов в 65,0% случаев проявлялись уже через 2 месяца, и через 6 месяцев имело место костное сращение, с образованием костного блока в 82,0% случаев. В отдаленном послеоперационном периоде костный блок в области оперированных позвонков наступил в (95,8%) случаев.

Спинальные нарушения различной степени тяжести отмечены у 58 (20,6%) больных и хирургическое лечение осуществлялась путем применения расширенной декомпрессивной операции (А.С.№5673) с удалением эпидуральных абсцессов, костных фрагментов, ликвидацией компрессии спинного мозга на уровне выше и ниже пораженных позвонков.

При длительно существующих свищах мы применяли фистулоэктомию с некрэктомией очага (А.С.№9883). Методика позволила ликвидировать свищи в 95% случаев.

В заключение следует отметить, что проводимая система оперативных методик при костно-суставном туберкулезе, прежде всего, обеспечивает радикальное удаление костных очагов, абсцессов, ликвидирует туберкулезный процесс в костях и суставе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Борисов С.Е. Диагностика туберкулеза: возможности и пределы. // В сб.: Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. – М.: 2000. – С. 92-97.
- 2 Tutkyshbaev S.O., Amanzholova L.K. Multidrug resistance in patients with osteo-articular tuberculosis // Medical and Health Science Journal – 2011. – V.6. – №2. – 62 p.
- 3 Гарбуз А.Е., Сердобинцев М.С., Гусева В.Н. Современная восстановительная хирургия туберкулеза позвоночника и суставов. // Проблемы туберкулеза – 2002. – №4. – С.27-31.

С.О. ТУТКЫШБАЕВ, Л.К. АМАНЖОЛОВА, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ

ҚР туберкулез мәселелерінің ұлттық орталығы, Алматы қ.

СҮЙЕК БУЫН ТУБЕРКУЛЕЗІНІҢ ОТАЛЫҚ ЕМІН ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ӘДІСТЕРІ

Түйін: Бұл мақалада 354 сүйек және буын туберкулезі бар науқастарды биологиялық материалдан тексеру жүргізілген және хирургиялық емдеудің тиімділігі 95% жағдайларда туберкулезде жою процессінің сүйек зақымданылуын, іріңдеуін түбегейлі емдеуге мүмкіндік болғанына талдау берілген.

Түйінді сөздер: туберкулезды бактериологиялық әдістерімен диагностикалау, сүйек және буын туберкулезі, омыртқа туберкулезі

S.O.TUTKUSHBAYEV, L.K.AMANZHOLOVA, S.S.ALHODZHAEV

National Center for Tuberculosis Problems of Kazakhstan, Almaty

IMPROVEMENT OF METHODS OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OSTEOARTICULAR TUBERCULOSIS

Resume: The article presents the modern methods of bacteriological diagnosis in biological material with osteo-articular tuberculosis and efficacy of surgical treatment in 354 patients, which has resulted in 95% of cases, radical removal of bone lesions, abscesses, tuberculosis elimination process in bone and joint.

Keywords: bacteriological TB diagnostic methods, tuberculosis of bones and joints, spinal tuberculosis

Б.А. Бердаuletов, Р.Р. Ни, Н.Т.Турбеков, Д.М. Тусупов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

СОЧЕТАННАЯ ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

УДК 616-001+611.95+616-072.1

Несмотря на опеределенные успехи, достигнутые в лечении сочетанных травм, госпитальная летальность при них остается высокой, составляя по данным разных авторов от 20 до 60% (А.В. Бондаренко и соавт., 2004г.). Существующий разброс показателей можно объяснить неодинаковым уровнем оказания помощи в лечебных учреждениях, в многоэтапности её и необходимостью привлечения специалистов различного профиля.

Цель нашего исследования – разработка оптимальной модели организации оказания специализированной помощи при сочетанных травмах органов брюшной полости и снижения летальности при них.

Материалы и методы. Проведен анализ истории болезни больных с сочетанной закрытой травмой живота, поступивших в специализированное отделение сочетанной травмы ГКБ №4 г. Алматы за 3 года (с 2013 по 2015г.).

ГКБ №4 г. Алматы обслуживает самый густо населенный и промышленный районы города с расположенными недалеко от больницы межгородскими автотрассами, железной дорогой, железнодорожным вокзалом и аэропортом. По этой причине все пострадавшие с тяжелыми механическими повреждениями с территории Турксибского и Жетысуского районов южной столицы доставляются в это лечебное учреждение, являющееся неофициальным травматологическим центром г. Алматы. За год в ГКБ №4 поступает свыше 800 пациентов с сочетанными травмами, полученными на территории Алматы. Для оказания пострадавшим экстренной специализированной помощи в приемном отделении больницы в настоящее время организована круглосуточная дежурная бригада специалистов – травматолога (4), хирургов (3), нейрохирурга, уролога, невропатолога, гинеколога (2), реаниматолога (3), эндоскописта, узиста, рентгенолога и лаборанта. Наш травматологический центр оснащен соответствующим лечебно-диагностическим оборудованием. Пострадавшие с сочетанной травмой после реанимационных мероприятий дальнейшее лечение проходят в

Авторами приводится анализ истории болезни больных с сочетанной закрытой травмой органов брюшной полости, лечившийся в специализированном отделении сочетанных травм ГКБ №4 г. Алматы с 2013-2015гг. За 3 года через стационар прошли 2440 больных с сочетанной травмой, из них с закрытой травмой живота было 54 человек. Мужчин - 40, женщин – 14. Приведены результаты их оперативного лечения.

Ключевые слова: сочетанная травма, лапароскопия, летальность, специализированная бригада

специализированном отделений сочетанных травм. За три года пролечено 2440 больных с сочетанной травмой. Соотношение пациентов с сочетанной травмой ко всем экстренным травматологическим больным (4351) поступивших за эти 3 года в ГКБ №4, г. Алматы, составило по нашим данным – 56%. Из них, больные с сочетанной закрытой травмой живота было 54, что составило 2,2% всех сочетанных травм.

Результаты и обсуждение. Возраст больных с сочетанной закрытой травмой живота варьировал от 17 до 80 лет, 47 из них были от 18 до 50 лет, т.е. трудоспособного возраста. Из 54 больных с сочетанной закрытой травмой живота у 9 оказался ушиб передней брюшной стенки, они не оперированы. В сомнительных случаях диагностики повреждения внутренних органов брюшной полости в клинике применялись лапароцентез (6) и лапароскопия (11). У 45 больных диагностировано повреждение внутренних органов брюшной полости, все оперированы. Из них у 32 (71%) диагностировано повреждение паренхиматозных органов, у 8 (17,7%) – повреждение полых органов, у остальных разрывы брыжейки тонкого и толстого кишечника, забрюшинные гематомы. Выполнялись следующие операции: спленэктомия – у 17 больных, ушивание разрывов печени – у 13 больных, холецистэктомия – 1, ушивание разрыва поджелудочной железы и тампонада сальниковой сумки – 1, ушивание раны мочевого пузыря с

наложением надлонного свища – 1, ушивание раны кишечника – у 6, резекция кишечника – у 2, дренирование брюшной полости у 4 больных. Наиболее частыми причинами, вызывающие закрытые повреждения органов брюшной полости с сочетанной черепно-мозговой травмой, с множественными переломами костей опорно-двигательного аппарата, были ДТП – у 25 больных (55%). Остальные причины закрытых повреждений живота – это непосредственные удары в живот – у 5 (11%), падение с высоты – у 7 (15%), бытовые – у 8 (17,7%).

Учитывая, что результат лечения экстренных больных с травмами во многом зависит от своевременной доставки их в стационар, мы определили сроки доставки пациентов в приемное отделение с места травмы.

В течение 1 часа с момента травмы были доставлены – 27 больных, в течение 2 часов – 7 больных, через 3 часа – 4, через 6-8 часов – 5, через 1 сутки – 1, через 2 суток – 1 больной.

Из 45 оперированных больных с сочетанной закрытой травмой органов брюшной полости умерло 12 человек (26,6%). Причиной смерти была: у 3 – постгеморрагическая анемия, у 3 – полиорганная недостаточность, у 2 – острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 2 – разлитой гнойный перитонит, у 2 – травматический шок 4 ст. Из 9 не оперированных больных с ушибом передней брюшной стенки, сочетанные с тяжелыми черепно-мозговыми травмами и

множественными переломами костей конечностей, умерли 3 от отека головного мозга и травматического шока 4 ст.

Таким образом, из 54 больных с сочетанной закрытой травмой органов брюшной полости умерло 15 больных, что составило общую летальность – 33,3%. По литературным данным, общая летальность среди пострадавших с повреждением живота при сочетанной травме достигает 60%. [цит. по В.М. Казарян, 2008 г.]

Выводы:

1. Сочетанные травмы в общей структуре травм, по нашим данным, составили – 56%.
2. Больные с сочетанными закрытыми повреждениями органов брюшной полости среди сочетанных травм составили – 2,2%.
3. Для оказания экстренной помощи больным с сочетанной травмой, в том числе и пациентам с закрытыми сочетанными повреждениями органов брюшной полости в приемном отделении 4ГКБ г. Алматы организовано круглосуточное дежурство специализированной бригады в составе: травматологов, хирургов, нейрохирурга, невропатолога, уролога, гинеколога, терапевта, эндоскописта, рентгенолога, УЗИста, врача-лаборанта и реаниматологов.
4. Послеоперационная летальность больных с сочетанными повреждениями органов брюшной полости составило – 26,6%.
5. Общая летальность при сочетанных закрытых повреждениях органов брюшной полости – 33,3%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 А.В. Бондаренко, В.А. Пелеганчук, О.А. Герасимова Госпитальная летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения. //Вестник Травматологии и ортопедии. – 2004. – №3. – С. 49-51.
- 2 Журавлев С.М., Новиков П.Е., Теодоридис К.А. //Анн. травматолог, ортопед. – М.: 1995. - №1. – С. 5-7.
- 3 В.М. Казарян. Дефекты оказания медицинской помощи при закрытой травме живота. //Судебно-медицинская экспертиза. 2008. - №4. – Т.51. – С. 37-39.
- 4 Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: 2004. – №2. – 54 с.

Б.А. БЕРДӘУЛЕТОВ, Р.Р. НИ, Н.Т. ТУРБЕКОВ, Д.М. ТУСУПОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

ІШ ҚУЫСЫ АҒЗАЛАРЫНЫҢ ҮЙЛЕСКЕН ЖАБЫҚ ЖАРАҚАТЫ

Түйін: Авторлар 2013-2015 жж. Алматы қаласы, №4 ҚКА үйлескен жарақаттардың арнайы мамандандырылған бөлімшесінде іш қуысы ағзаларының үйлескен жабық жарқатынан емделген науқастардың сырқатнамасына жасалған талдауын келтіреді. Үш жыл ішінде стационарда үйлескен жарақатпен 2440 науқас емделген, оның 54-і іштің жабық жарақаты. Соның ішінде ерлер – 40, әйелдер – 14. Оларға жасалған оталардың нәтижелері келтірілген.

Түйін сөздер: үйлескен жарақат, лапароскопия, өлім жағдайы, арнайы мамандандырылған бригада.

B.A. BERDAVLETOV, R.R. NI, N.T.TURBEKOV, D.M.TUSUPOV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

COMBINED CLOSED TRAUMA OF ABDOMINAL ORGANS

Resume: The review contain the analysis of the medical history of the patients with combined closed trauma of abdominal cavity, who were treated in a special department of City Clinical Hospital №4 of Almaty for the period 2013 to 2015. During 3 years the total number of patients with combined injuries were 2440 patients, among them 54 patients with closed abdominal trauma. Male - 40, female - 14. The results of operative treatment.

Keywords: combined trauma, laparoscopy, mortality, specialized team.

Б.А. Бердаuletов, С.С. Альходжаев, М.Г. Аубакиров

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра травматологии и ортопедии

ГКБ №4 г.Алматы, отделение эндопротезирования

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

УДК 617.581:61-77

В последнее десятилетие во многих лечебных учреждениях эндопротезирование как метод лечения дегенеративно-дистрофического заболевания и последствий травм тазобедренного сустава получило широкое распространение. У людей пожилого возраста при консервативном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости летальность в первые полгода (средний срок сращения перелома) после травмы превышает 50% (Войтович А.В., 1994 г.) [Цит.А.С. Аврунин и соавт.], что обусловлено, в основном, осложнениями, возникающими в результате длительной гипокинезии. Оперативное вмешательство, проводимое в ближайшее от момента травмы время, позволяет снизить этот показатель в 2-3 раза. Наиболее перспективным методом хирургического лечения для данного типа травм является эндопротезирование, выполняемое в порядке экстренной помощи (Аврунин А.С. и соавт., 2002 г.). По их мнению, экстренным эндопротезированием считается оперативное вмешательство выполненное в течении первых 3-х суток от момента госпитализации (независимо от срока, прошедшего с момента травмы). Послеоперационная летальность при экстренном эндопротезировании тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедра у пациентов пожилого и старческого возраста в РОСНИИТО им. Р.Р. Вредена за 3 года составила – 9,95%. Средний возраст пациентов у авторов – 79 лет. Причину такой летальности они объясняют сезонными колебаниями метеорологических, геомагнитных воздействия на организм пожилых особенно в зимние месяцы.

В доступной нам литературе других сообщений об экстренном эндопротезировании мы не встречали. В основном исследователи приводят в журнальных статьях общие результаты эндопротезирования тазобедренного сустава, произведенное при разных его патологиях. Однако все авторы едины во мнении, что

В статье авторы приводят непосредственные результаты экстренного эндопротезирования тазобедренного сустава 111 больным пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедра, пролеченных в 4 ГКБ г. Алматы за период 2012-2015 гг.. Мужчин было -37, женщин-74. Средний возраст пациентов -75 лет. Тотальное эндопротезирование применено в 88 случаях, биполярное в - 23. Среднее пребывание больных в травматологических отделениях составило -11,2 дней. Послеоперационное нагноение -3. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: экстренное эндопротезирование, тазобедренный сустав

посттравматические повреждения проксимального отдела бедра относятся к категории тяжелых поражений и операции по замещению сустава в нестандартных ситуациях несут особый риск для пострадавших и требуют значительных затрат сил и средств обслуживающего мед персонала. Процент осложнений и неудовлетворительных исходов артропластики остается достаточно высоким (В.К. Николенко и соавт., 2004 г., г.Москва; А.Б. Слободской и соавт., 2011 г., г.Саратов).

Цель нашего исследования. Изучить непосредственные результаты экстренного эндопротезирования больных пожилого и старческого возраста при переломах шейки бедра.

Материалы и методы. ГКБ №4 г.Алматы имеет большой опыт по эндопротезированию тазобедренного сустава. Так, только за 1 год – 2014 г. в этой больнице произведено более 612 операций по эндопротезированию тазобедренного сустава при различных его патологиях.

Экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава в нашей клинике начали внедрять с середины 2012 года. *Мы считаем, оперативное вмешательство экстренным*

эндопротезированием, если оно выполнено в течении первых 3-х дней после получения травмы. За период с 2012 по 2015 год включительно, т.е. за 4 года в 4ГКБ г.Алматы выполнено экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава 111 больным пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедра. Мужчин было - 37, женщин - 74.

Возраст больных: 61-70 лет – 39;
71-80 лет – 41;
81-96 лет – 31.

Всем больным эндопротезирование производилось из стандартного бокового доступа под общим эндотрахеальным наркозом. В качестве имплантатов для эндопротезирования тазобедренного сустава использованы эндопротезы фирмы «Stryker» (США). Тотальное эндопротезирование применено в 88 случаях (из них в 11-х случаях с цементом), биполярное эндопротезирование в 23-и случаях. Операции выполняли определенная дежурная бригада травматологов – ортопедов с постоянным анестезиологом. С целью профилактики тромбофлебита всем больным производили эластическое бинтование оперированной конечности. Больных поднимали на ноги на 2-ой после операции. Обучали ходьбе с использованием костылей или «ходунок» для взрослых. Послеоперационные швы снимали на 11-12 день. Среднее пребывание больных пожилого и старческого возраста с переломом шейки бедра в травматологическом отделении после экстренного эндопротезирования тазобедренного сустава составило – 11,2 дней.

В последующим их переводили для продолжения разработки движений в суставах, массажа конечностей в реабилитационное отделение клиники на 10 дней.

Осложнения в виде нагноения послеоперационной раны было у 3-х больных (2,7%). Летальных исходов не было.

При выписке больных после экстренного эндопротезирования рекомендуем: наблюдение травматолога в поликлинике с рентгенологическим контролем через 2, 6 и 12 месяцев, продолжение эластического бинтования в течении одного месяца и приема антикоагулянтов, ЛФК, массаж, ходьба с помощью костылей с умеренной нагрузкой на оперированную конечность в течении 6 нед., через 12 нед – 50% нагрузка на оперированную конечность.

Выводы:

1. Экстренным эндопротезированием тазобедренного сустава считаем операцию, выполненную в первые 3 дня после травмы шейки бедра
2. Средний возраст больных перенесших операцию экстренного эндопротезирования тазобедренного сустава – 75 лет
3. Соотношение мужчин и женщин с переломом шейки бедра по нашим данным составило - 1:2
4. Среднее стационарное лечение в травматологических отделениях – 11,2 койко-дней
5. Всем больным использованы протезы фирмы «Stryker» (США)
6. 88 больным произведено первичное тотальное эндопротезирование (из них 11 цементное, остальные – бесцементное), 23 больным - биполярное эндопротезирование
7. Осложнение: нагноение послеоперационной раны у 3-х больных, что составило 2,7%.
8. Летальных исходов не было.

Заключение: полученные нами непосредственные результаты свидетельствуют о достаточной эффективности экстренного эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедра больным пожилого и старческого возраста. Наши данные дает нам возможность утверждать, что экстренное эндопротезирование необходимо широко использовать при лечении переломов шейки бедра у экстренных больных в пожилом и старческом возрасте.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Корнилов Н.В. и др. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава – СПб.: ЛИТО Синтез, 1997. – 292 с.
- 2 А.С. Аврунин и соавт. Экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава. Риск госпитальной летальности. // Вестник хирургии им. Грекова И.И. 2002. – №2. – С.78-80.
- 3 В.К. Николенко, Б.П. Буряченко. Особенности эндопротезирования при тяжелых поражениях тазобедренного сустава. // Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова Н.Н. – М.: 2004. – С. 3-12.
- 4 А.Б. Слободской, Е.Ю. Осинцев и др. Осложнения после эндопротезирования тазобедренного сустава. // Вестник травматологии и ортопедии. - 2011. – №3. – С. 59-63.
- 5 В.А. Неверов, С.Х. Курбанов и др. Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2011. – №3. – С. 96-100.

Б.Ә БЕРДӘУЛЕТОВ, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, М.Ғ. ӘУБӘКІРОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

МОСҚАЛ ЖӘНЕ КӘРІ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ОРТАН ЖІЛІК МОЙНЫНЫҢ СЫНЫҒЫНДА ЖЕДЕЛ ЭНДОПРОТЕЗДЕУ

Түйін: Мақалада авторлар Алматы қ. 4-ші ҚКА 2012-2015 жылдары, ортан жілік мойнының сынығымен емделген 111 мосқал және қарт науқастардың жамбас –сан буынына жасалған жедел эндопротездеу операциясының тікелей нәтижелері келтірілген. Ер адамдар-37, әйел-74 болған. Пациенттердің орташа жасы-75 жас. Толық эндопротездеу 88 жағдайда, биполярлық 23 жағдайда қолданылды. Аурулар екінші күні аяқтарынан тұрғызылды. Операциядан кейінгі тігіс 11-12 күннен кейін алынды. Науқастар травматологиялық бөлімшесінде орташа есеппен 11,2 күн болды. Операциядан кейінгі асқыну-3 (2,7%). Өлім жағдайы болған жоқ.
Түйінді сөздер: жедел эндопротездеу, жамбас-сан буыны

B.A. BERDAVLETOV, S.S. ALHODZHAEV, M.G. AUBAKIROV

*Asfendiyarov Kazakh National medical university,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

THE EMERGENCY REPLACEMENT IN FEMORAL NECK FRACTURES OF ELDERLY PATIENTS

Resume: In article authors present the results of an emergency hip joint replacement in 111 patients with femoral neck fractures treated in 4 Clinical Hospital of Almaty city, for the period from the second half of 2012 -2015, for one and half year. Men was -37, women-74. The average patient age -75 years. Total hip joint replacement applied in 88 cases, bipolar - 23 . Patients have risen to his feet on the second or third day after surgery. Sutures are removed on postoperative day 11-12. The average stay of patients in trauma wards was 11,2 days. Postoperative suppuration - 3(2,7%). Where there are no deaths.

Keywords: Emergency replacement, Hip Joint.

М.Н. Джаксыбаев, С.С. Альходжаев, К.М. Тезекбаев, М.О. Жумагулов, Д.М.Тусупов, А.К. Майлибекова, С.А. Маханов

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
ГКБ №4 г.Алматы

АНАЛИЗ ФУНКЦИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

УДК 616.718.4:616-001.5-053.9-039.75

Введение. По данным ВОЗ если в 1990г в мире перелом проксимального отдела бедренной кости составляет около 1 миллион 660 тысяч, к 2050г ожидается трехкратный рост этих переломов [1].

Высокий уровень заболеваемости и смертность отмечается у пожилых людей с переломом шейки бедра по сравнению с населением в целом [2,3,4]. Из числа проведенных научных исследований в Европе систематические исследования и национальные регистры показали себя в качестве одного из лучших подходов для оценки и улучшения результатов лечения пожилых людей с переломом проксимального отдела бедра [5]. В 1988 году первый национальный регистр перелома бедра запущен в шведском Университете Лунда [5]. Позднее этот проект распространился на другие европейские страны [6]. Значение регистра была признана как представляющий более точную информацию об осложнениях, факторах риска и смертности, которые могут помочь улучшить лечение и уход за пожилыми пациентами с переломами шейки бедра [7]. Исследование на основе Шведского подхода, поможет выявить факторы риска, влияющие на результаты лечения и сравнить с другими странами. Кроме того, она позволяет выявить, есть ли различия пациентов в демографии, в социальном статусе, и методах лечения, ухода и реабилитации, что итоге окажет влияние на результат лечения.

Как правило, результаты лечения перелома в разных странах показатели расходятся. Выполнение научно-исследовательских работ для определения оптимального лечение, адаптированных к отдельным странам, не всегда подходят другим, поскольку на результат исследования могут повлиять большое разнообразие демографические состояние пациентов и общие факторы здоровья. В настоящее время методы лечения переломов проксимального отдела бедра, послеоперационного ухода и реабилитации у пожилых людей отличаются между клиниками в Казахстане. Выбор тактики лечения

В данной работе проведено анализ результатов исследования качества жизни и функции 184- пожилых пациентов с остеопоротическими переломами проксимального отдела бедренной кости, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы. Переломы шейки бедра относятся к категории тяжелой травмы, так как эти переломы связаны остеопорозом, а у лиц пожилого и старческого возраста, они как правило, отягощены еще и тяжелой соматической патологией, возрастным снижением резервных возможностей организма, противомикробной резистентности и гормональными нарушениями. По данным ВОЗ, около 35 % травмированных женщин и 20 % мужчин имеют переломы, связанные с остеопорозом. Проблема остеопороза затрагивает около 75 млн граждан Европы, США и Японии. В Европе в 2000 г количество остеопоротических переломов оценивалось в 3,79 млн, из которых 890 тыс. составляли переломы шейки бедренной кости. В Европе летальность, связанная с остеопоротическими переломами, превышает онкологическую (за исключением смертности от рака легкого).

Ключевые слова: остеопороз, пожилые пациенты, качества жизни, перелом бедра, исследование

главным образом лежит на основе личного опыта и традиций в учреждениях. Кроме того, до настоящего времени в РК не было проведено детальных исследований и отдаленный анализ данных пожилых пациентов.

Переломы шейки бедра относятся к категории тяжелой травмы, так как эти переломы связаны остеопарозом, а у лиц пожилого и старческого возраста, они как правило, отягощены еще и тяжелой соматической патологией, возрастным

снижением резервных возможностей организма, противомикробной резистентности и гормональными нарушениями.

По данным ВОЗ около 35 % травмированных женщин и 20 % мужчин имеют переломы, связанные с остеопорозом. Проблема остеопороза затрагивает около 75 млн. граждан Европы, США и Японии. В Европе в 2000 г количество остеопоротических переломов оценивалось в 3,79 млн., из которых 890 тыс. составляли переломы шейки бедренной кости. В Европе летальность, связанная с остеопоротическими переломами, превышает онкологическую (за исключением смертности от рака легкого).

Многочисленные Европейских исследований показывают женщины после 45 лет проводят больше времени в больнице с остеопорозом, чем по поводу сахарного диабета, инфаркта миокарда и рака молочной железы.

Остеопоротические переломы чаще встречаются у женщин, это связано с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде, что приводит к остеопарозу. С возрастом соотношение частоты переломов среди мужчин и женщин уравнивается (60-69лет 80%-женщины, 20%-мужчины; 70-79лет 60%-женщины, 40%-мужчины; 80лет и старше 50%-женщины; 50%-мужчины). [3,7]

Социальная значимость остеопороза (ОП) определяется его последствиями – нетравматическими переломами трубчатых костей и позвоночника, которые обуславливают значительный рост заболеваемости, инвалидности и смертности среди лиц пожилого возраста, что вызывает большие материальные затраты в области социального обслуживания. Переломы, связанные с ОП, имеют ряд особенностей. Как следствие, они обычно возникают при минимальной нагрузке (падение с высоты, не превышающей собственный рост, неловкое движение) или даже без видимой причины. Наиболее характерными для ОП являются переломы; проксимального отдела бедренной кости (шейки бедра); дистального отдела предплечья и тел позвонков, хотя при значительном снижении минеральной плотности костной ткани (МПКТ) могут отмечаться переломы любой локализации.

По данным US Department of Health and Human Services . Bone Health and Osteoporosis: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD; US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General; 2004[1].

Таблица 1 - Частота переломов проксимального отдела бедра по странам в зависимости от пола на 100000 населения

Страна	женщины	мужчины
Россия	122,5	78,8
США (Рочестер, шт.Миннесота)	101,6	50,5
Новая Зеландия	96,8	35,2
Швеция	87,2	38,2
Израиль (Иерусалим)	69,9	42,8
Великобритания	63,1	29,3
Нидерланды	51,1	28,5
Финляндия	49,9	27,4
Республики бывшей Югославии рацион с ↓ содержанием Са	39,2	37,9
Гонконг	31,3	27,2
Республики бывшей Югославии рацион с ↑ содержанием Са	17,3	18,2
Сингапур	15,3	26,5
Южная Африка	5,3	5,6 ²

Кафедра травматологии и ортопедии КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова совместно с ГКБ № 4 г. Алматы в 2013-2015 годах провела исследование на тему: «Биомедицинские исследования функций и качества жизни пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости».

Цель исследования – провести анализ результатов лечения пожилых пациентов, с переломами проксимального отдела бедренной кости поступивших в №4 ГКБ г. Алматы.

Задачи

1. Оценка предоперационного состояния пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости.
2. Определить ключевые факторы, влияющие на частоту послеоперационных осложнений.
3. Сравнить уровень смертности в оперированной и не оперированной группе пациентов.
4. Провести анализ качества жизни пациентов в послеоперационного периода после четырех месяцев и одного года.
5. Рассмотреть другие факторы.

Критерии включения

1. Пациенты старше 50 лет, госпитализированные в ГКБ № 4 с переломами проксимального отдела бедренной кости.
2. Давность травмы не более 2 мес.

Критерии исключения

1. Пациенты в возрасте до 50 лет.
2. Пациенты, которые получили травму в результате ДТП.

3. Пациенты, которые отказались от участия в исследовании.

Основные критерии сбора данных

- Время госпитализации
- Время операции
- Тип перелома
- Тип хирургической вмешательства
- ASA

Методы

Сбор данных в течение первых 4 месяца наблюдения. Смертность до 4 месяцев наблюдения. Дополнительные допуски и статистические методы для анализа было выбрано: Т-тест, чтобы сравнить числовые переменные; Тест Chi2 сравнить категориальные переменные; Спирмена тест для корреляции; Линейный регрессионный анализ для выявления факторов, влияющих на смертность; $p < 0,05$ считается значимым. Программное обеспечение SPSS был использован для расчетов анализа.

Анализ исследования. В результате исследования из 184 пациентов поступивших с переломом проксимального отдела бедра: 78 (40%) отказались от операции, 106 было оперировано, 32 пациента в анализ исследования не включены т.к были потеряны при наблюдении в течении года по разным причинам. В анализ исследования было включено: 56 отказавшиеся от операции и 96 оперированных пациентов. В окончательный анализ включены 152 пациента (таблица 1).



Рисунок 1 - Анализ пациентов поступивших с перелом бедра

Для выяснения зависимости, от каких-либо факторов отказа от операций пожилых пациентов, был проведен анализ демографических (рисунок 3), гендерных данных и данных по видам перелома (рисунок 4).

При анализе гендерных данных статистически значимой разницы между группами не выявлено (рисунок 2).

Заключение: отказ от операции не зависел от пола пациентов, поступивших с переломами проксимального отдела бедренной кости.

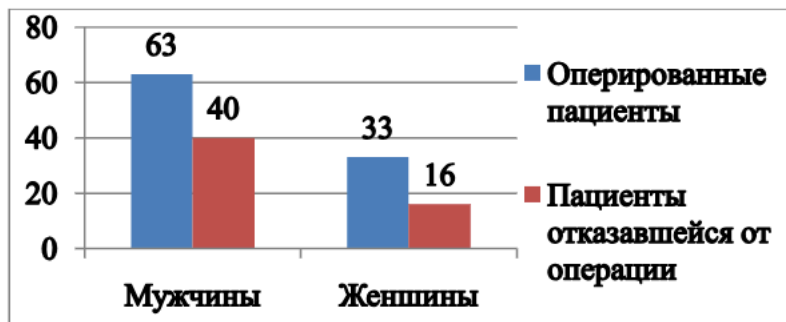


Рисунок 2 - Демографические данные - гендерные различия, n = 152

При анализе демографических данных пациентов средний возраст у оперированных составил 70 лет, у не оперированных пациентов составил 77 лет. Различие между группами статистически значимы (рисунок 3).

Заключение: средний возраст у отказавшихся больных достоверно значительно выше. Хотя среди оперированных пациентов было 90 и выше лет, но согласившихся на операцию в более пожилом возрасте наблюдалось сравнительно меньше.

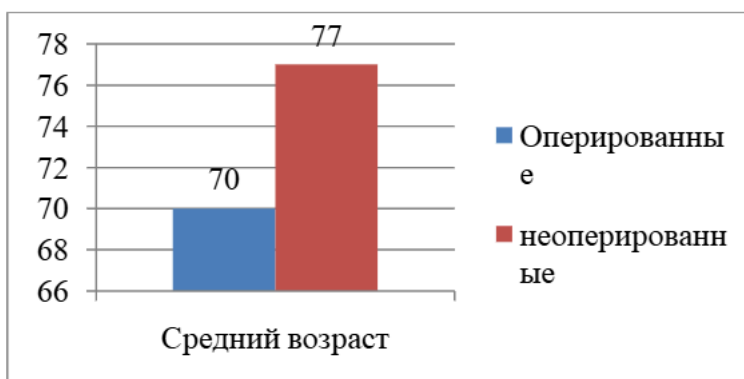


Рисунок 3 - Демографические данные - возрастные различия, n = 152

При анализе данных пациентов по виду перелома: перелом шейки бедра, шейки со смещением, базальные переломы, чрезвертельные переломы, чрезвертельные переломы со смещением, подвертельные переломы между оперированными

и отказавшимися от операции больными статистической значимой разницы не выявлено (рисунок 4).

Заключение: отказ от операции не зависело от видов перелома и полученных травм.

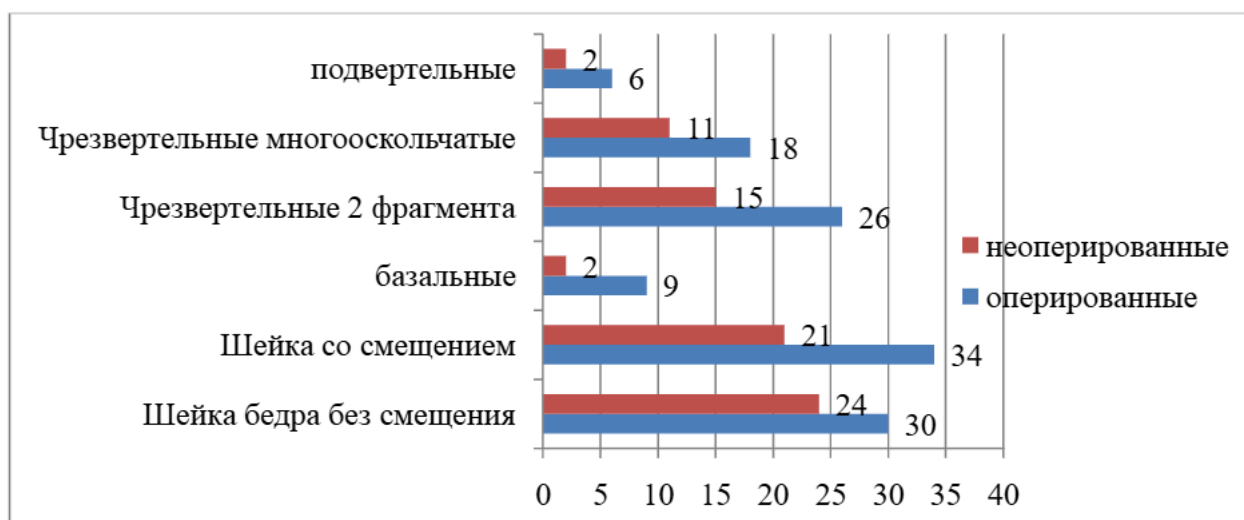


Рисунок 4 – По виду перелома

Согласно Европейским стандартам, при переломе проксимального отдела бедра у пожилых людей

включительно, операция должна проводиться в течение суток. Могут откладываться на несколько

дней по медицинским показаниям, в зависимости от общего состояния. При анализе данных больных, поступивших в ГКБ №4, больше пациентов были

прооперированы в течение 24 часов. Среднее время было 38 часов (рисунок 5).

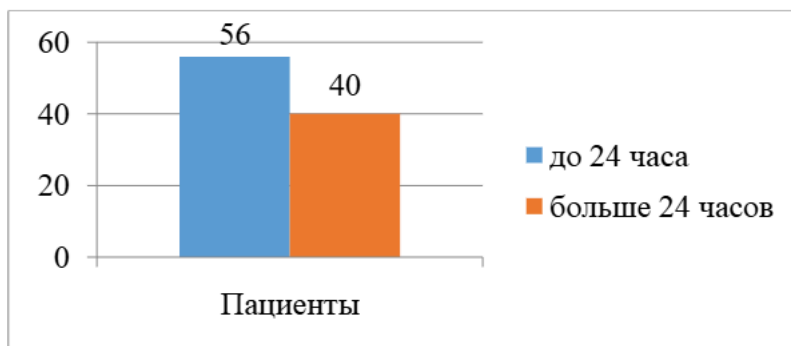


Рисунок 5 - Время от госпитализации и до начала операции

Анализ смертности. При анализе данных пациентов по смертности, число умерших в течении 6 месяцев после перелома составила 34% в неоперированной группе и 5% в оперированной

группе. Значительно больше умерших больных в неоперированной группе пациентов (рисунок 6). Заключение: высокая смертность в группе больных отказавшихся от операции.

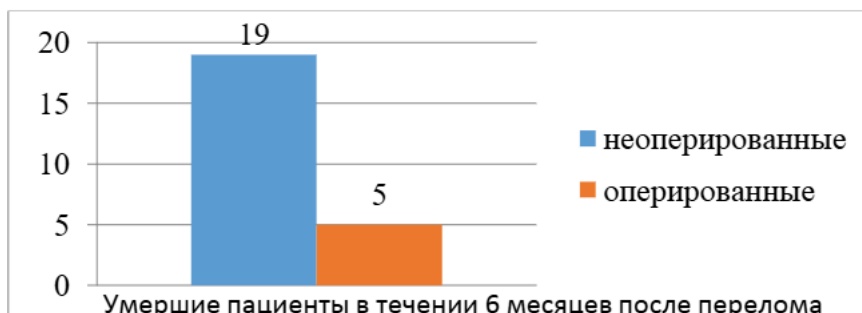


Рисунок 6 - Анализ смертности

Нами было проведено анализ смертности оперированных больных. Так как все умершие больные по нашим данным оперированы в сроки позднее 24 часов после поступления. Мы анализировали возможные причины задержки операции больных с переломом проксимального отдела бедра.

Возможные причины задержки операции
 1. Задержка по медицинским показанием ASA – общее состояние больного по анестезиологическим критериям

Возраст
 Тип операции
 2. Административные причины

Анализ смертности у оперированных больных, n= 96
 При анализе данных пациентов по виду операции: эндопротезирование, остеосинтез между группами достоверной статистической значимой разницы не выявлено (рисунок 7).

Заключение: задержка времени операции не зависела от видов операций.

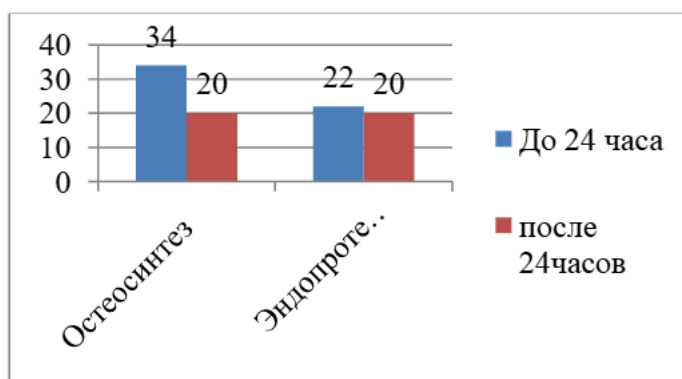


Рисунок 7 - Распределенное время в зависимости от типа операции

При анализе данных пациентов по типу ASA: ASA1, ASA2, ASA3, ASA4 между группами достоверной статистической значимой разницы не выявлено (рисунок 8).

Заключение: задержка времени операции не зависело от общего состояния больного по анестезиологическим критериям

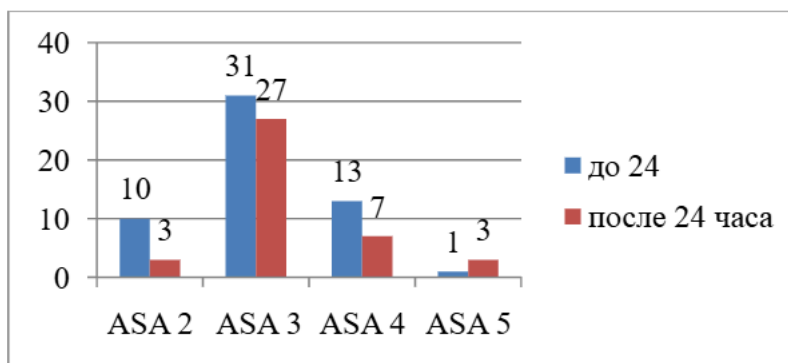


Рисунок 8 - Распределенное время в зависимости от типа ASA

При анализе данных пациентов по возрасту, между группами достоверной статистической значимой разницы не выявлено (рисунок 9).

Заключение: задержка времени операции не зависело от возраста пациентов.

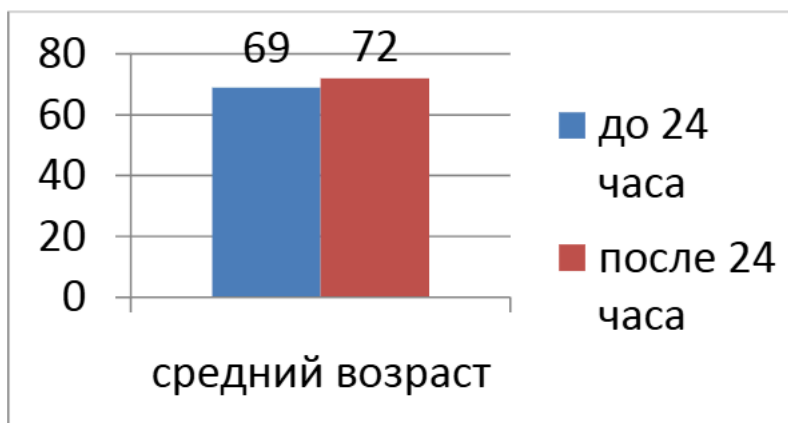


Рисунок 9 - Распределенное время в зависимости от среднего возраста пациента

Все умершие пациенты (5) были прооперированы позднее чем через 24 часа после поступления. В наблюдаемой группе оперированных до 24 часов смертность не выявлялась. Разница статистически достоверна. Что показывает необходимость оперировать всех пациентов с переломом бедра как можно скорее. Организационные моменты оказания медицинской помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедренной кости особенно с отдаленных районов требует больше усилий.

В рамках исследования нами было проанализировано качество жизни оперированных и отказавшихся от операции пациентов по таким критериям, как ходьба и использование дополнительных приспособлений. Проводилось анкетирование 80 пациентов после 6 месяцев от момента поступления в приемный покой. Некоторым пациентам проводилось повторный осмотр обследование.

Исследования качества жизни больных перенесших перелом проксимального отдела бедренной кости показали (Таблица 2, Рисунок 10 - 12):

1. ходит самостоятельно по двору – оперированные больные 30(65,2%), неоперированные – 8 (23,5%);
2. ходит с дополнительной помощью (помощи людей) во двор оперированные - 4 (8,7%), неоперированные - 5 (14,7%);
3. ходит самостоятельно по помещению – оперированные – 9 (19,6%), неоперированные - 8(23,5%);
4. передвигается с помощью людей по помещению – оперированные – 0, неоперированные - 3(8,8%);
5. не ходит – оперированные - 3(6,5%), неоперированные – 10 (29,4%).

При анализе исследования пациентов с переломами проксимального отдела бедренной

кости, активность у оперированных больных намного выше, чем у пациентов, отказавшихся от операции: 93,5% ходит самостоятельно в оперированной группе. А в группе отказавшихся от операции 61,7% больных.

Анализ использования пациентами дополнительных приспособлений через год после травмы: не использовавших дополнительных

приспособлений в оперированной группе больных 67,38% и 41,2% в неоперированной группе. Используя дополнительные приспособления в оперированной группе 32,62% и в неоперированной группе 58,8% соответственно.

Все не оперированные, но выжившие пациенты имеют сравнительно плохую функцию и качество жизни.

Таблица 2 - Анализ качества жизни

Пациенты, n = 80	Около года после травмы	
	Оперативное лечение	Не оперативное лечение
Активность		
ходит самостоятельно по двору	30(65,2%)	8(23,5%)
ходит с дополнительной помощью (помощи людей) во двор	4 (8,7%)	5 (14,7%)
ходит самостоятельно по помещению	9(19,6%)	8(23,5%)
передвигается с помощью людей по помещению	0	3(8,8%)
не ходит.	3(6,5%)	10(29,4%)
Всего	46(100%)	34 (100%)



Рисунок 10 - Анализ качества жизни



Рисунок 11 - Анализ качества жизни

Таблица 3 - Использование пациентами дополнительных приспособлений через год после травмы.

Пациенты, n = 80	Около года после травмы	
	Оперативное лечение	Консервативное лечение
1. – не использовал	16 (34,78%)	6(17,7%)
2. – одна трость или костыль	15(32,6%)	8(23,5%)
3. – использовал 2 костыля или 2 трости	1(2,17%)	4(11,8%)
4.- ходунки	13(28,3%)	8(23,5%)
5.- коляска	1(2,17%)	8(23,5%)
Всего	46(100%)	34(100%)

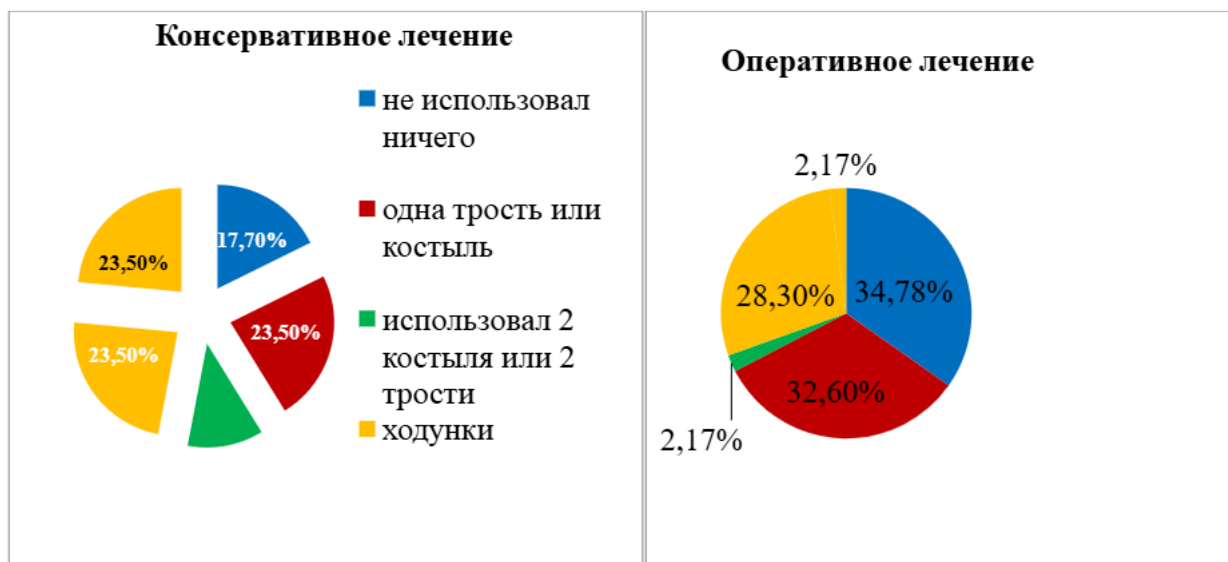


Рисунок 12 - Использование пациентами дополнительных приспособлений через год после травмы

Выводы.

В 7 раз выше смертность в группе не оперированных больных с переломами проксимального отдела бедренной кости.

Больше усилий должно быть сделано, чтобы убедить пациента на операцию.

Все не оперированные, но выжившие пациенты имеют плохую функцию и качество жизни. Активность у оперированных больных намного выше, чем у пациентов, отказавшихся от операции 79,1% против 16,6%,

В дальнейшем продолжении исследования и проведения анализа возможны включения параметров, как оценка пищевого статуса, психического состояния, качества жизни пациента и другие переменные. Расширение регистра в другие учреждения будет также полезным (гинекология, эндокринология, терапия и.т.).

На основании анализа базы данных, будут разработаны рекомендации по лечению и качеству ухода, за пациентами пожилого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости страдающим остеопорозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Who study group Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. // World Health Organization. WHO, 1994. – 214 p.
- 2 Van Balen, R., Steyerberg, E.W., Polder, J.J., Ribbers, T.L., Habbema, J.D., Cools, H.J., 2001. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. // Clin. Orthop. Relat. Res. – № 390. – P.232–243.
- 3 Leonardsson, O., Sernbo, I., Carlsson, A., Akesson, K., Rogmark, C., 2010. Long-term follow-up of replacement compared with internal fixation for displaced femoral neck fractures: results at 10 years in a randomised study of 450 patients. J. Bone Joint Surg. Br. – №92 (3). – P.406–412.
- 4 Gjertsen, J.E., Engesaeter, L.B., Furnes, O., Havelin, L.I., Steindal, K., Vinje, T., Fevang, J.M., et al. The Norwegian Hip Fracture Register: experiences after the first 2 years and 15,576 reported operations. // Acta Orthop. 2008 – №79 (5). – P.583–593.

**М.Н.ДЖАҚСЫБАЕВ, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, К.М.ТЕЗЕКБАЕВ, М.О.ЖҰМАҒУЛОВ, Д.М.ТУСУПОВ,
С.А.МАХАНОВ, А.К.МАЙЛЫБЕКОВА**

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

**ОРТАН ЖІЛІК ПРОКСИМАЛЬДІ БӨЛІГІНІҢ СЫНЫҒЫМЕН ЖАРАҚАТТАНҒАН ЕГДЕ НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР
САПАСЫН ЖӘНЕ ҚОЗҒАЛЫС ФУНКЦИЯСЫН БИМЕДИЦИНАЛЫҚ ЗЕРТТЕУ**

Түйін: Бұл жұмыста Алматы қ. №4 ҚКА-да емделген, остеопороз себебінен болған ортан жілік проксимальді бөлігінің сынығымен жарақаттанған егде науқастардың өмір сапасын және қозғалыс функциясын биомедициналық зерттеу нәтижесі көрсетілген.

Түйінді сөздер: Остеопороз, егде науқастар, сапалы өмір сүру, ортан жілік сынұлары, зерттеулер.

**M.N.JAХYBAEV, S.S.ALHODZHAEV, K.M.TEZEKBAEV, M.O.ZHUMAGULOV, D.M.TUSUPOV,
S.A.MAKHANOV, A.K. MAYLYBEKOVA**

*Asfendiyarov Kazakh National medical university,
Department of traumatology and orthopaedy, #4 City Clinical Hospital*

ANALYSIS OF FUNCTIONS AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY PATIENTS WITH FEMORAL FRACTURES

Resume: In this paper the analysis of replacement of large joints in patients suffering from diabetes admitted to CCH No 4 Almaty

Keywords: elderly patients, quality of life, hip fracture, study

М.Н. Джаксыбаев, Н.Б. Бимуратова, А.Г. Дё, Х.Н. Айнитдинова, Г.Б. Махамбетов

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4*

АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

УДК 616-001:617.3:616-089/-003.9-073

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани рассматриваются во всем мире как одна из наиболее распространенных патологий в современном обществе, приводящих к временной и стойкой утрате трудоспособности [1].

Лечение заболеваний и повреждений коленного сустава является одной из наиболее важных и трудных проблем в травматологии и ортопедии [2]. Поражения коленного сустава являются причиной 31,2% первичной инвалидности среди всей патологии опорно-двигательного аппарата [3].

По прогнозам ВОЗ, количество заболеваний и повреждений коленного и тазобедренного суставов, будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. В 2000 г. во всем мире количество лиц в возрасте 60 лет и старше составило 590 млн. человек, а к 2025 - превысит один миллиард [4].

В Казахстане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов. Так в 2011 г. было сделано 2817, а в 2012 г уже более 4600 операций по замене тазобедренного и коленного суставов [5].

В общей структуре болезней костно-мышечной системы по частоте встречаемости деформирующий артроз занимает ведущее место, в 33% случаев поражая коленные суставы больного [6]. Им страдает в среднем около 6,4 % населения, причем в возрасте старше 60 лет до 30 %. Артроз также является частой причиной нетрудоспособности, наблюдается высокий процент инвалидности – 14,6. Более 80% больных артрозом имеют функциональные нарушения, что значительно снижает качество их жизни [7].

В этой связи, проблема медицинской реабилитации пациентов, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата приобретает высокую социальную значимость [8].

Общеизвестно, что успех эндопротезирования коленного сустава зависит от очень многих вещей. Одно из самых существенных условий успешного исхода операции является грамотная реабилитация. Именно она позволяет в полной

В статье представлен анализ результатов прохождения курса реабилитации больных за период с августа 2015 г. по март 2016 г. после эндопротезирования коленного сустава, находившихся на реабилитации в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы в возрасте от 23 до 79 лет.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование, коленный сустав, качество жизни, исследование

мере восстановить хорошую функцию оперированного сустава и всей конечности в целом [9].

Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало непрерывность, последовательность комплексность, индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий. Важной проблемой является послеоперационное восстановительное лечение. Современные возможности ортопедии и травматологии позволяют пациенту ходить практически сразу после операции. Но пациент не может этого зачастую делать по разным причинам: слабость мускулатуры, нарушение функционирования мышечно-связочных цепей, нарушение вено- и лимфооттока [10].

Цели восстановительного лечения - максимально восстановить здоровье и функциональные возможности организма, вернуть человека в наиболее краткие сроки к нормальной жизнедеятельности [11].

Задачи медицинской реабилитации после травм и операций: повышение жизненного тонуса больного улучшение функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, обменных процессов, улучшение трофики иммобилизированной конечности, лимфо- и кровообращения в зоне повреждения (операции) с целью стимуляции регенеративных процессов предупреждения гипотрофии мышц и ригидности суставов [11].

Через центр реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы в год получают реабилитационно-восстановительное лечение более 600 травматолого-ортопедических больных.

Проведен перспективный анализ 295 историй болезней за период с августа 2015 г. по март 2016 г. пациентов, находившихся на реабилитации после эндопротезирования коленного сустава в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы кафедрой «Травматологии и ортопедии» КазНМУ им С.Д.Асфендиярова совместно с сотрудниками клиники. Возраст пациентов варьировал от 23 до 79 лет.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения пациентов, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы в реабилитационное отделение после перенесенной операции «Эндопротезирование коленного сустава», изучая послеоперационный период, качество жизни и факторы, влияющие на них.

Задачи исследования:

1. Оценка состояния пациентов при поступлении в реабилитационное отделение после эндопротезирования коленного сустава.
2. Определить ключевые факторы, влияющие на ближайшие результаты лечения.
3. Провести анализ результатов лечения в зависимости от времени поступления после операции.
4. Создание базы данных пациентов, проходивших лечение в реабилитационное отделение после эндопротезирования коленного сустава для их детального изучения, регистрации и мониторинга.

Методы и материалы исследования

Статистическая обработка данных проведена с помощью программ Microsoft Office Excel и использован статистический анализ по Kaplan-Meier и Cox Regression.

Критерии включения для изучения (контингент исследуемых):

1. Все пациенты, госпитализированные в ГКБ № 4 г. Алматы в реабилитационное отделение после эндопротезирования коленного сустава.
2. Время поступления после операции: первые 3 месяца, 3-6 месяцев, свыше 6 месяцев.

Критерии исключения:

1. Пациенты, поступившие в реабилитационное отделение с заболеваниями, не связанными с травматологическими и ортопедическими операциями (пациенты неврологического, терапевтического профиля).
2. Пациенты, отказавшиеся от участия в исследовании.

Основные критерии сбора данных:

Всеми госпитализированными пациентами реабилитационного отделения, соответствующими выполнению критериев включения, заполнялись следующие формы:

- Ф.И.О. пациента, домашний адрес, номер телефона пациента и его родственника (домашний, сотовые, по возможности E-mail), образование, семейное положение).
- Сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечного тракта, и, мочевыделительной системы, органов желез внутренней секреции, нервной, костно-мышечной системы).
- Осмотр больного, с помощью анкет и вопросников (до и после проведенного лечения):
 - оценка боли по числовой шкале;
 - оценка объема движений в суставе;
 - оценка индекса повседневной активности (Индекс Barthel);
 - оценка общего состояния по индексу Карновского;
 - оценка силы мышц по шкале MRC scale;
 - оценка психического состояния в кратком обзоре (Mini исследования психического статуса, MMSE).

Результаты исследования.

В результате исследования из 295 пациентов, находившихся на реабилитации после эндопротезирования коленного сустава в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы: 130 (44%) - после эндопротезирования левого коленного сустава, 167 (56%) – после эндопротезирования правого коленного сустава.

При анализе гендерных данных средний возраст составит 60,1 лет, среди них 264 (89%) женщины и 31 (11%) мужчин (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Различия по гендерному признаку, n = 295

Все поступившие пациенты получили комплексное реабилитационное лечение, включающее: лечебная физкультура (ЛФК-занятия с инструкторами), механотерапия (пассивная разработка конечностей и суставов на аппаратах ARTROMOT, так называемая СРМ-терапия), активная кинезотерапия на специальных

тренажерах, лазеротерапия, магнитотерапия, ДДТ мышц, физиотерапевтические методы лечения и массаж.

При анализе демографических данных пациентов у мужчин превалирует возраст 56-65 лет (39%), у женщин также – 56-65 лет (42%) (Рисунок 2).

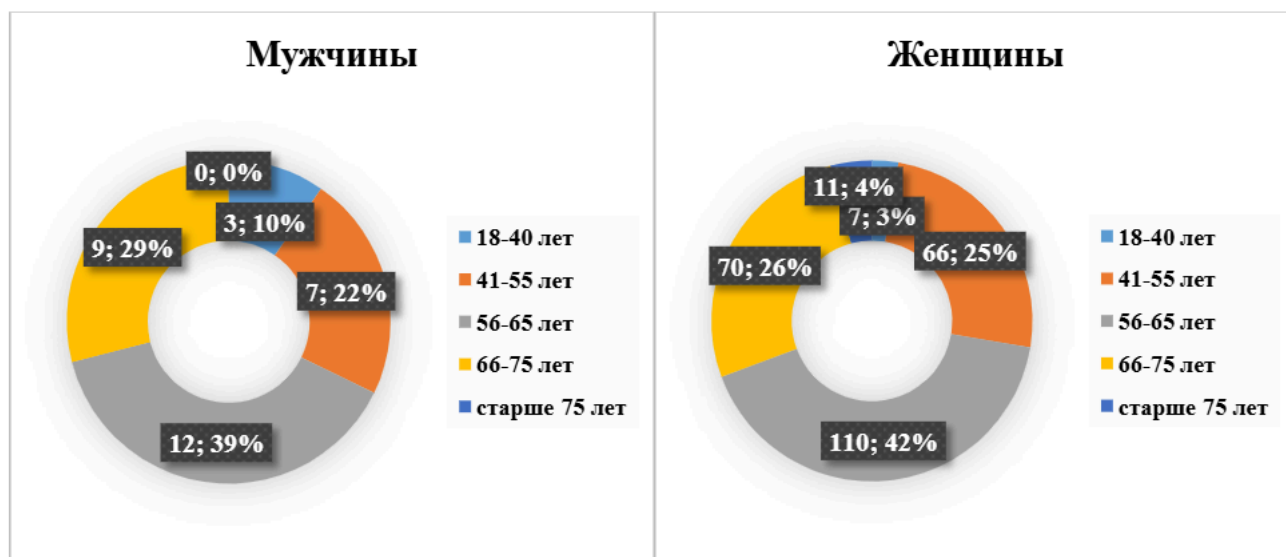


Рисунок 2 – Различия по гендерному и возрастному признакам

Далее при анализе гендерных и возрастных данных отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами в возрастных категориях 41-55 лет, 56-65 лет и 66-75 лет (Рисунок 3).

Заключение: это связано с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин то связано с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин [12].

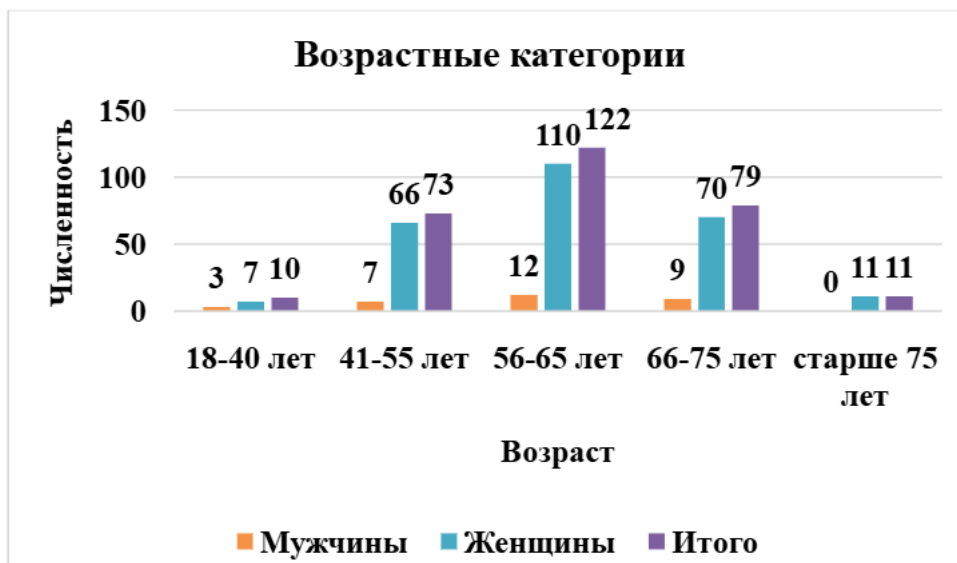


Рисунок 3 – Возрастные категории

В зависимости от времени поступления после операции пациентов в реабилитационное отделение каждая группа была детально анализирована.

Было рассмотрено улучшение биомеханических результатов пациентов в зависимости от периода реабилитации. Оценка проводилась по следующим индикаторам:

- оценка объема движений в суставе;
- оценка индекса повседневной активности (Индекс Barthel);

– оценка общего состояния по индексу Карновского;

– оценка силы мышц по шкале MRC scale.

Как видно из Таблицы 1 и Рисунка 4, при эндопротезировании коленного сустава данные расположились в следующем порядке: в период 1-3 мес. реабилитационное лечение получали 119 пациентов (40,34%), в период 3-6 мес. – 153 пациента (51,86%), в период более 6 мес. – 23 пациента (7,8%), итого 295 больных.

Таблица 1 – Эндопротезирование коленного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

Время \ Возраст	1-3 мес.		3-6 мес.		Более 6 мес.		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40 лет	2	3	1	4	0	0	10
41-55 лет	4	21	3	42	0	3	73
56-65 лет	5	47	6	53	1	10	122
66-75 лет	4	33	5	30	0	7	79
Старше 75 лет	0	0	0	9	0	2	11
Итого	119		153		23		295

Что касается зависимости возраста от времени поступления после операции достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 4).

Заключение: время поступления после операции не зависит от возраста.

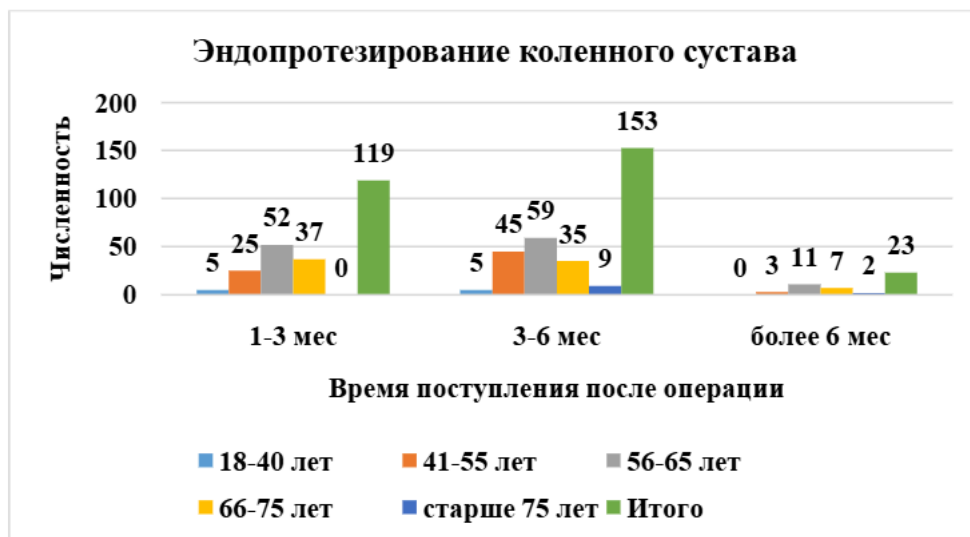


Рисунок 4 – Эндопротезирование коленного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

При анализе зависимости различных показателей до и после лечения от времени поступления при эндопротезировании коленного сустава достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 5). В среднем прирост

показателей объема движений в суставе составил 19,684 градусов.

Заключение: время поступления после операции не оказывает существенного влияния на конечный результат лечения.

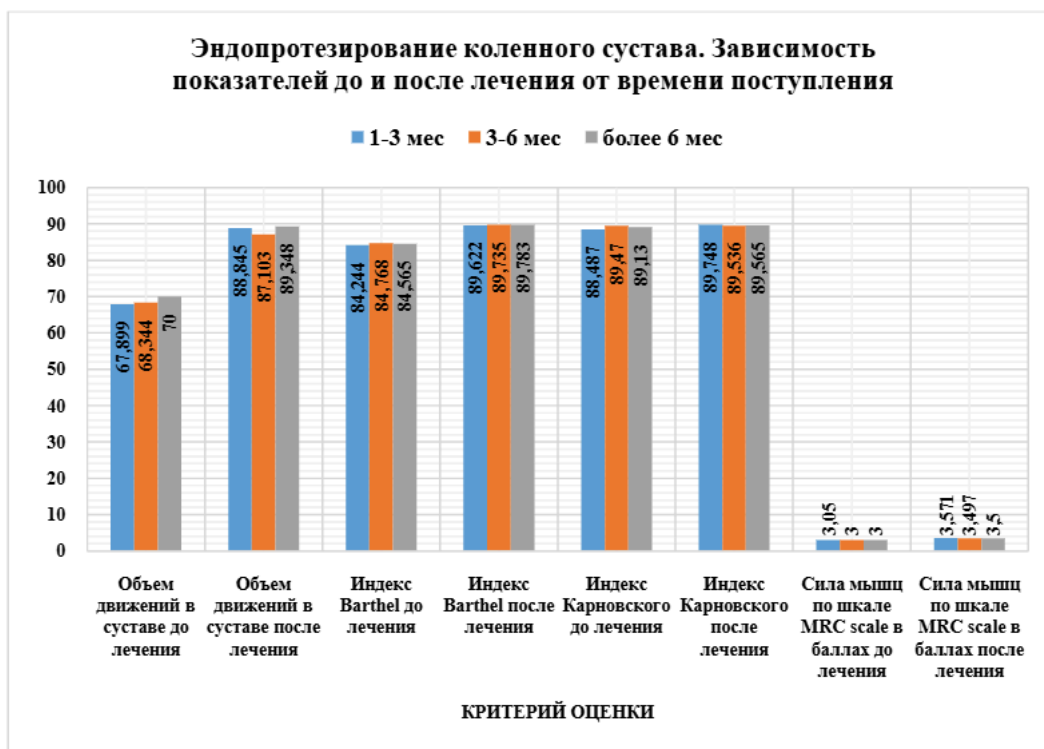


Рисунок 5 – Эндопротезирование коленного сустава. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

Из всех пациентов, находившихся на реабилитации после эндопротезирования коленного сустава, 180 (61%) пациентов имели сопутствующие заболевания.

При анализе зависимости наличия сопутствующих заболеваний от пола, данные расположились в

следующем порядке: артериальная гипертензия наблюдалась у 32% мужчин и у 49% женщин; ИБС и стенокардия - у 13% мужчин и у 18% женщин; сахарный диабет - у 6,5% мужчин и у 12,5% женщин и т.д (Диаграмма 6). Достоверной статистической значимой разницы не выявлено.

Заключение: наличия сопутствующих заболеваний не зависит от пола.

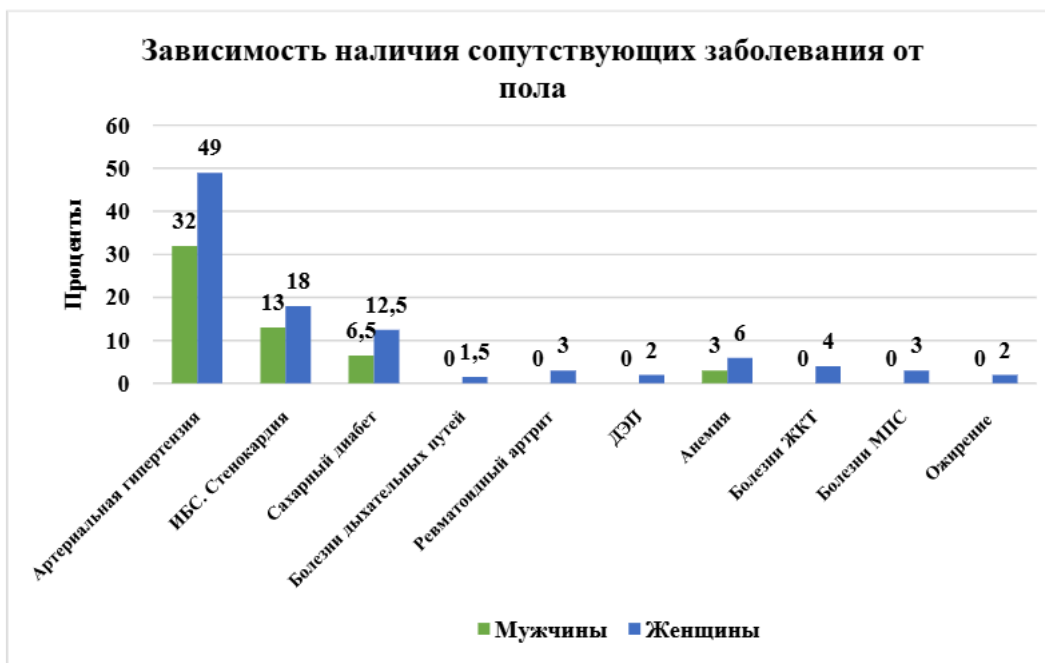


Рисунок 6 – Зависимость наличия сопутствующих заболеваний от пола

При анализе зависимости наличия сопутствующих заболеваний от возраста, сопутствующие заболевания преобладали у людей пожилого и старческого возраста. Из них: артериальная гипертензия наблюдалась в возрасте 56-65 лет (51%), 66-75 лет (56%) и старше 75 лет (100%); ИБС и стенокардия – в возрасте 56-65 лет (16%), 66-75 лет (27%) и старше 75 лет (63%); сахарный диабет – в возрасте 56-65 лет (15%), 66-75 лет (15%) и старше 75 лет (18%); ревматоидный артрит – в возрасте 18-

40 лет (30%) и т.д. (Рисунок 7). Различие между группами статистически значимо.

Заключение: в возрасте старше 75 лет у 100% больных имеется артериальная гипертензия, у 63% - ИБС, стенокардия. Это связано с процессом физиологического старения организма (в частности с возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы), обусловленного перенесенными ранее заболеваниями, неблагоприятными факторами окружающей среды, вредными привычками, нерациональным питанием и т.д.

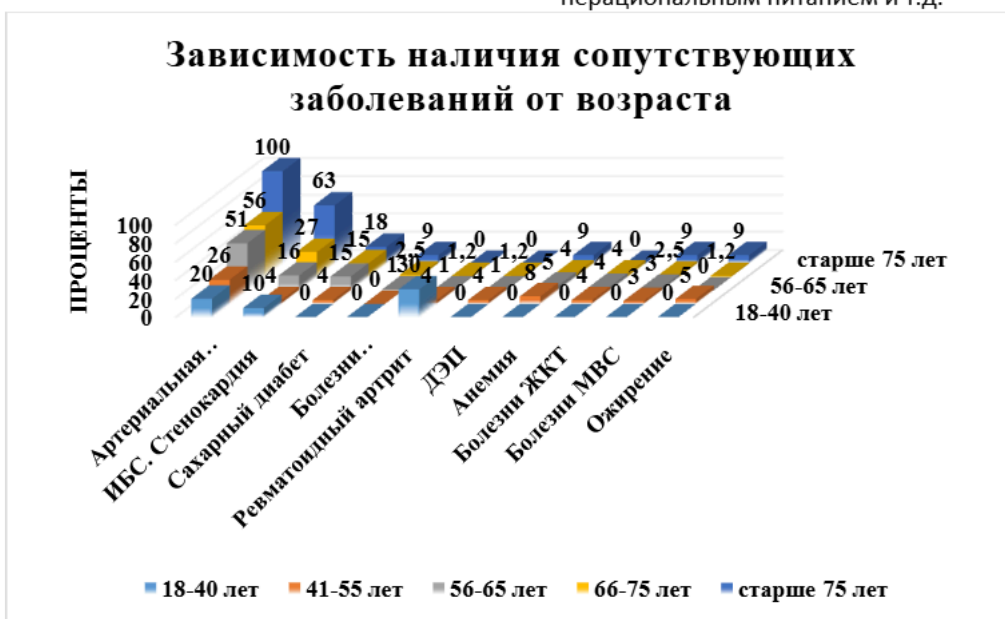


Рисунок 7 – Зависимость наличия сопутствующих заболеваний от возраста

Выводы.

1. Основной контингент больных в отделении реабилитации после эндопротезирования коленного сустава являлись пациенты, страдающие остеоартрозом. Большинство из них женщины – 264 человека (89%).
2. При анализе гендерных и возрастных данных отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами в возрастных категориях 41-55 лет, 56-65 лет и 66-75 лет, связанное с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин.
3. В процессе восстановления пациентов после эндопротезирования коленного сустава, важную роль играет сопутствующая патология, среди которой выделяется артериальная гипертензия (138 пациентов – 47%), ИБС (51 пациент – 17%) и сахарный диабет (35 пациентов – 12%).
4. Улучшение динамики биомеханических показателей по нескольким индикаторам показало отсутствие зависимости результатов лечения от времени поступления (1-3 мес., 3-6 мес., более 6 мес.).

5. У пациентов, поступивших в позднем периоде (более 6 мес.) с аналогичными данными, показатели индикаторов незначительно отличались от поступивших в раннем периоде (1-3 мес.), что означает, что направленная монофакторная реабилитация в домашних условиях – ЛФК (из анамнеза пациентов) не дает достигнуть тех же результатов, что и в комплексном подходе.
6. Достижение значимых результатов в улучшении динамики у пациентов за кратковременный период времени (10 дней) показывает о результативности комплексного лечения в периоде реабилитации.
7. Планируется дальнейшее продолжение исследования в перспективном направлении для оценки состояния пациентов в постреабилитационном периоде. Для улучшения качества жизни, продолжение исследования в постреабилитационном периоде позволит достигнуть результатов, на основании которых будут разработаны рекомендации по лечению и качеству ухода за пациентами в постреабилитационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Луцкова Л.Н. Оценка роли воспаления в прогрессировании структурных изменений сустава у больных гоартрозом: автореф. дис. ... канд. мед. - Ярославль, 2004. - 21 с.
- 2 Горячев А.Н., Драчевский В.А. Оперативное лечение больных с гонартрозом. // Повреждения и заболевания коленного сустава. – СПб.: 1981. – С. 60-64.
- 3 Беляков А.А., Капитанский К.С. Капитанский Л.И. Инвалидность среди больных с деформирующим артрозом по данным ВТЭК Мордовской АССР. //Деформирующие артрозы у взрослых и детей. – Казань: 1984. - С. 74-76.
- 4 Корнилов И.В. Актуальные проблемы отечественной травматологии и ортопедии третьего тысячелетия.//Современные проблемы травматологии и ортопедии: материалы научной конференции, посвященной 80-летию ЦИТО им. Н.И. Пирогова. – М.: 2001. – С.57-61.
- 5 Батпенев Н.Д., Оспанов К.Т., Джаксыбекова Г.К., Рустемова А.Ш. Перспективы и современное состояние травматологии и ортопедии Республики Казахстан // II съезд травматологов – ортопедов Республики Казахстан. – Астана: 2014 – С. 1-8.
- 6 Загородний Н.В., Терешенков В.П. Остеоартроз. Заболевания суставов //Здоровье. – Киров: 2002. – С. 4-20.
- 7 Ермакова Л.В., Ходарев С.В. Физическая реабилитация пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата на амбулаторно-поликлиническом этапе // Реабилитация при патологии опорно-двигательного аппарата. – Ростов-на-Дону: 2011. – 28 с.
- 8 Ёлкин Д.В. Руководство по физической реабилитации после эндопротезирования коленного сустава. – М.: 2010. – С. 1-25.
- 9 Красильникова Р.В., Петухова Н.К. Комплексная реабилитация детей с патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата в неврологическом реабилитационном отделении ДГБ // Труды научно-практической конференции «Медицинская реабилитация в педиатрической практике: достижения, проблемы и перспективы». – Якутск: 2013. – С. 153-165.
- 10 Цыбин А.В. Осложнения, связанные с внутренними ортопедическими протезными устройствами имплантатами и трансплантатами коленного сустава // Клинический протокол. – СПб.: 2013. – С. 15-16.
- 11 Джаксыбаев М.Н., Альходжаев С.С., Тезекбаев К.М., Майлибекова А.К., Ни Р.Р., Маханов С.А. Биомедицинские исследования функций и качество жизни пожилых пациентов с переломами проксимального отдела

М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Н.Б.БИМУРАТОВА, А.Г ДӘ, Х.Н. АЙНИТДИНОВА, Г.Б. МАХАМБЕТОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

**ТІЗЕ ЭНДОПРОТЕЗ КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ САУЫҚТЫРУ ЕМДЕУ ШАРАЛАРЫН ӨТКЕН
НАУҚАСТАРДЫ ТАЛДАУ**

Түйін: Бұл мақалада Алматы қ. №4 қалалық клиникалық ауруханасының реабилитация және физиотерапия бөлімшесінде, 2015 жылдың тамыз айынан 2016 жылдың наурыз айына дейін 23-79 жас аралығындағы науқастардың тізе эндопротез кейінгі реабилитациялық емдеу шараларына талдау жасалған.

Түйінді сөздер: реабилитация, эндопротездеу, тізе, өмір сапасы, зерттеу

M.N. JAXYBAYEV, N.B. BIMURATOVA, A.G. DYO, KH.N. AINITDINOVA, MACHAMBETOV G.B

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

ANALYSIS OF REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS AFTER KNEE ARTHROPLASTY

Resume: The article presents an analysis of the results of a course of rehabilitation of patients between August 2015 - March 2016 after knee arthroplasty, were in the rehabilitation department of rehabilitation and physiotherapy CCH №4 Almaty from 23 to 79 years.

Keywords: rehabilitation, joint replacement, knee, quality of life, research.

М.Н. Джаксыбаев, Н.Б. Бимуратова, А.Г. Дё, Х.Н. Айнитдинова, М.З. Жаксымуратов

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,

кафедра травматологии и ортопедии

Городская клиническая больница №4, г. Алматы

АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

УДК 616-001:617.3:616-089/-003.9-073

Актуальность темы. Общеизвестно, что успех эндопротезирования тазобедренного сустава зависит от очень многих вещей. Одним из самых существенных условий успешного исхода операции является грамотная реабилитация. Именно она позволяет в полной мере восстановить хорошую функцию оперированного сустава и всей конечности в целом [1].

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов являются самой распространенной формой поражения опорно-двигательного аппарата; около 10-12% всего населения имеют клинические симптомы остеоартроза [2].

Удельный вес заболеваний и повреждений тазобедренного сустава среди патологии опорно-двигательной системы возрастет на 80% [3].

Поражения тазобедренного сустава, проявляющиеся тяжелой дисфункцией нижних конечностей и позвоночника на фоне выраженного болевого синдрома, занимают по частоте одно из первых мест, а инвалидность при этом достигает 64 % [4].

По прогнозам ВОЗ, количество заболеваний и повреждений тазобедренного суставов, будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. В 2000 г. во всем мире количество лиц в возрасте 60 лет и старше составило 590 млн. человек, а к 2025 - превысит один миллиард [5].

В Казахстане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов. Так в 2011 г. было сделано 2817, а в 2012 г уже более 4600 операций по замене тазобедренного и коленного суставов [6].

В этой связи, проблема медицинской реабилитации пациентов, страдающих заболеваниями опорно-двигательного аппарата приобретает высокую социальную значимость [7].

Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало непрерывность, последовательность комплексность, индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий. Важной проблемой является послеоперационное восстановительное лечение. Современные возможности ортопедии и

В статье представлен анализ результатов прохождения курса реабилитации больных за период с августа 2015 г. по март 2016 г. после эндопротезирования тазобедренного сустава, находившихся на реабилитации в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы в возрасте от 18 до 89 лет.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование, тазобедренный сустав, качество жизни, исследование

травматологии позволяют пациенту ходить практически сразу после операции. Но пациент не может этого зачастую делать по разным причинам: слабость мускулатуры, нарушение функционирования мышечно-связочных цепей, нарушение вено- и лимфооттока [8].

Цели восстановительного лечения – максимально восстановить здоровье и функциональные возможности организма, вернуть человека в наиболее краткие сроки к нормальной жизнедеятельности [9].

Задачи медицинской реабилитации после травм и операций: повышение жизненного тонуса больного улучшение функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, обменных процессов, улучшение трофики иммобилизированной конечности, лимфо- и кровообращения в зоне повреждения (операции) с целью стимуляции регенеративных процессов предупреждения гипотрофии мышц и ригидности суставов [9].

Через центр реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы в год получают реабилитационно-восстановительное лечение более 600 травматолого-ортопедических больных.

Проведен перспективный анализ 149 историй болезней за период с августа 2015 г. по март 2016 г. пациентов, находившихся на реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы кафедрой «Травматологии и ортопедии» КазНМУ им С.Д.Асфендиярова совместно с

сотрудниками клиники. Возраст пациентов варьировал от 18 до 89 лет.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения пациентов, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы в реабилитационное отделение после перенесенной операции «Эндопротезирование тазобедренного сустава», изучая послеоперационный период, качество жизни и факторы, влияющие на них.

Задачи исследования:

- Оценка состояния пациентов при поступлении в реабилитационное отделение после эндопротезирования тазобедренного сустава.
- Определить ключевые факторы, влияющие на ближайшие результаты лечения.
- Провести анализ результатов лечения в зависимости от времени поступления после операции.
- Создание базы данных пациентов, проходивших лечение в реабилитационное отделение после эндопротезирования тазобедренного сустава для их детального изучения, регистрации и мониторинга.

Методы и материалы исследования

Статистическая обработка данных проведена с помощью программ Microsoft Office Excel и использован статистический анализ по Kaplan-Meier и Cox Regression.

Критерии включения для изучения (контингент исследуемых):

1. Все пациенты, госпитализированные в ГКБ № 4 г. Алматы в реабилитационное отделение после эндопротезирования тазобедренного сустава.
2. Время поступления после операции: первые 3 месяца, 3-6 месяцев, свыше 6 месяцев.

Критерии исключения:

1. Пациенты, поступившие в реабилитационное отделение с заболеваниями, не связанными с травматологическими и ортопедическими операциями (пациенты неврологического, терапевтического профиля).

2. Пациенты, отказавшиеся от участия в исследовании.

Основные критерии сбора данных:

Всеми госпитализированными пациентами реабилитационного отделения, соответствующими выполнению критериев включения, заполнялись следующие формы:

- 1) Ф.И.О. пациента, домашний адрес, номер телефона пациента и его родственника (домашний, сотовые, по возможности E-mail), образование, семейное положение).
- 2) Сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечного тракта, и мочевыделительной системы, органов желез внутренней секреции, нервной, костно-мышечной системы).
- 3) Осмотр больного, с помощью анкет и вопросников (до и после проведенного лечения):
 - оценка боли по числовой шкале;
 - оценка объема движений в суставе;
 - оценка индекса повседневной активности (Индекс Barthel);
 - оценка общего состояния по индексу Карновского;
 - оценка силы мышц по шкале MRC scale;
 - оценка психического состояния в кратком обзоре (Mini исследования психического статуса, MMSE).

Результаты исследования.

В результате исследования из 149 пациентов, находившихся на реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы: 83 (56%) - после эндопротезирования левого тазобедренного сустава, 66 (44%) – после эндопротезирования правого тазобедренного сустава.

При анализе гендерных данных средний возраст составит 51,6 лет, среди них 98 (66%) женщин и 51 (34%) мужчин (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Различия по гендерному признаку, n = 149

Все поступившие пациенты получили комплексное реабилитационное лечение, включающее: лечебная физкультура (ЛФК-занятия с инструкторами), механотерапия (пассивная разработка конечностей и суставов на аппаратах ARTROMOT, так называемая СРМ-терапия), активная кинезотерапия на специальных

тренажерах, лазеротерапия, магнитотерапия, ДДТ мышц, физиотерапевтические методы лечения и массаж.

При анализе демографических данных пациентов у мужчин превалирует возраст 41-55 лет (39%), у женщин также – 41-55 лет (29%) (Рисунок 2).

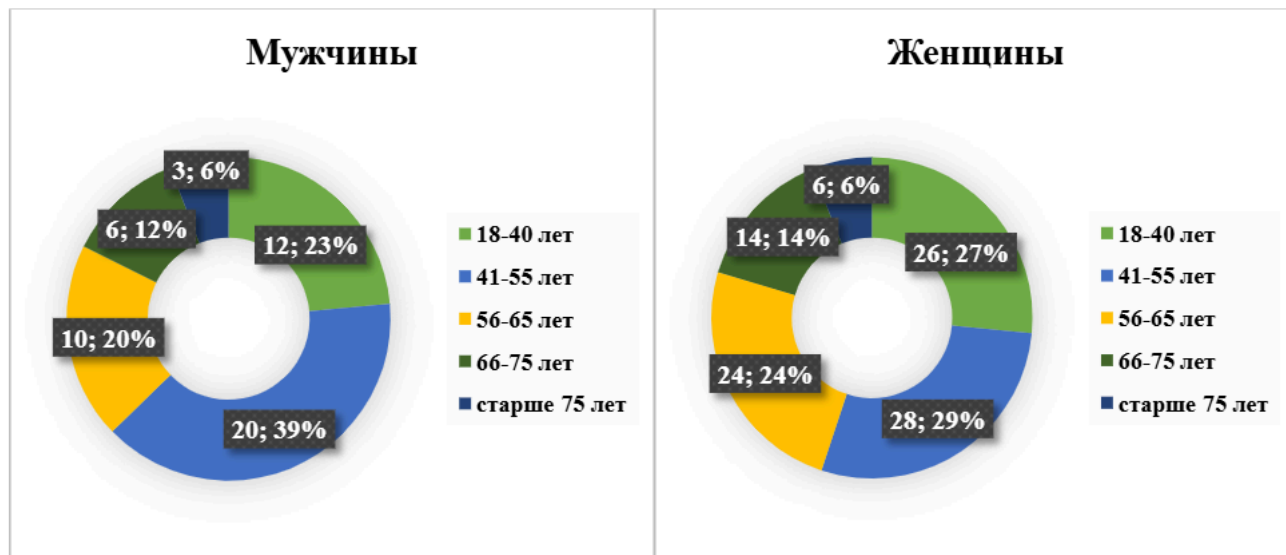


Рисунок 2 – Различия по гендерному и возрастному признакам

При анализе гендерных и возрастных данных отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами в возрастных категориях 56-65 лет и 66-75 лет (Рисунок 3).

Заключение: это связано с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин то связано с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин [10].

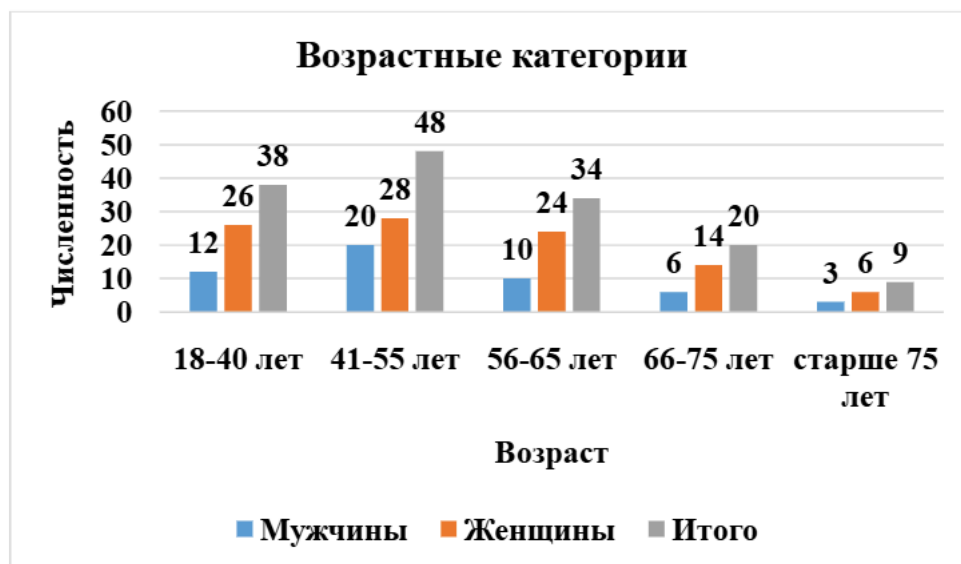


Рисунок 3 – Возрастные категории

В зависимости от времени поступления после операции пациентов в реабилитационное отделение каждая группа была детально анализирована.

Было рассмотрено улучшение биомеханических результатов пациентов в зависимости от периода реабилитации. Оценка проводилась по следующим индикаторам:

- оценка объема движений в суставе;
- оценка индекса повседневной активности (Индекс Barthel);
- оценка общего состояния по индексу Карновского;
- оценка силы мышц по шкале MRC scale.

Как видно из Таблицы 1, при эндопротезировании тазобедренного сустава данные расположились в следующем порядке: в период 1-3 мес. реабилитационное лечение получали 43 пациента (28,85%), в период 3-6 мес. – 73 пациента (49%), в период более 6 мес. – 33 пациента (22,15%), итого 149 больных.

Таблица 1 - Эндопротезирование тазобедренного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

Время \ Возраст	1-3 мес.		3-6 мес.		Более 6 мес.		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40 лет	3	11	6	11	3	4	38
41-55 лет	5	5	10	13	5	10	48
56-65 лет	2	9	5	13	3	2	34
66-75 лет	1	6	3	6	2	2	20
Старше 75 лет	1	0	2	4	0	2	9
Итого	43		73		33		149

Анализ зависимости возраста от времени поступления после операции достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 4).

Заключение: время поступления после операции не зависит от возраста.

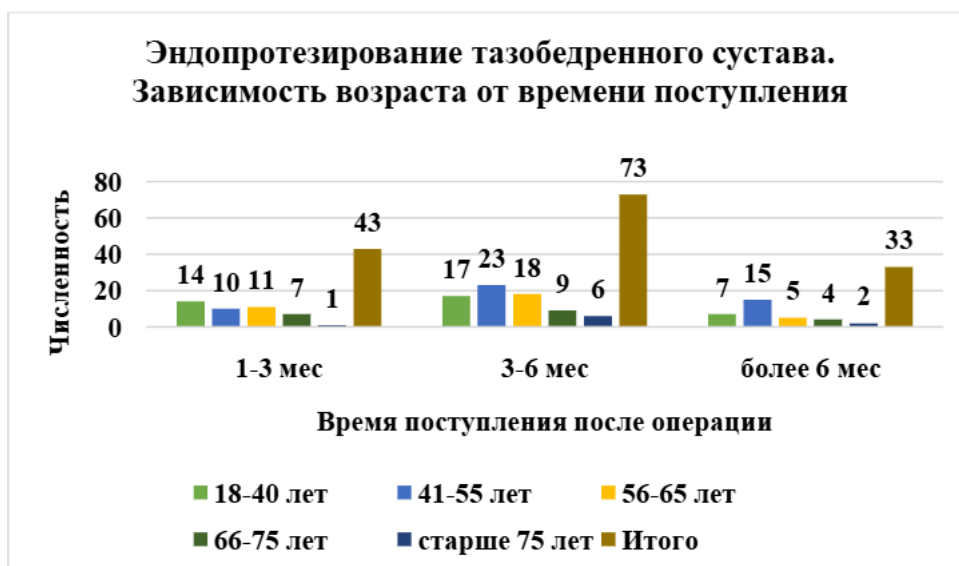


Рисунок 4 – Эндопротезирование тазобедренного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

При анализе зависимости различных показателей до и после лечения от времени поступления при эндопротезировании тазобедренного сустава достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 5). В среднем прирост

показателей объема движений в суставе составил 27,949 градусов.

Заключение: время поступления после операции не оказывает существенного влияния на конечный результат лечения.

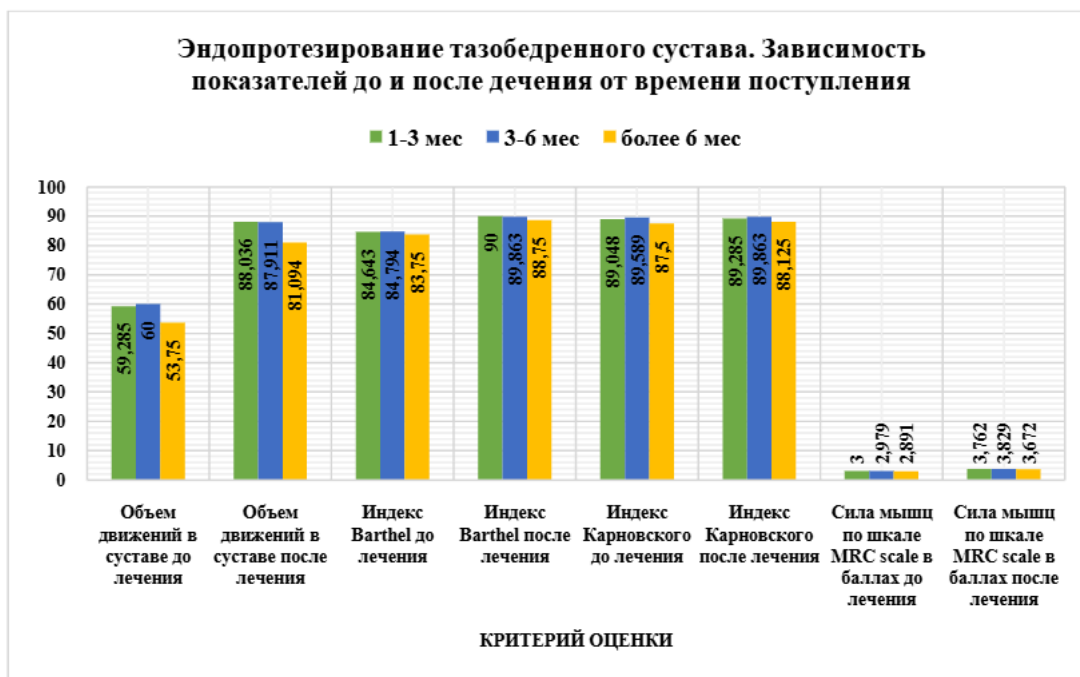


Рисунок 5 – Эндопротезирование тазобедренного сустава. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

Из всех пациентов, находившихся на реабилитации после эндопротезирования коленного сустава, 82 (55%) пациента имели сопутствующие заболевания. При анализе зависимости наличия сопутствующих заболеваний от пола, данные расположились в следующем порядке: артериальная гипертензия наблюдалась у 35% мужчин и у 30% женщин; ИБС и

стенокардия - у 8% мужчин и у 10% женщин; сахарный диабет - у 2% мужчин и у 5% женщин и т.д. (Рисунок 6). Достоверной статистической значимой разницы не выявлено. Заключение: наличия сопутствующих заболеваний не зависит от пола.

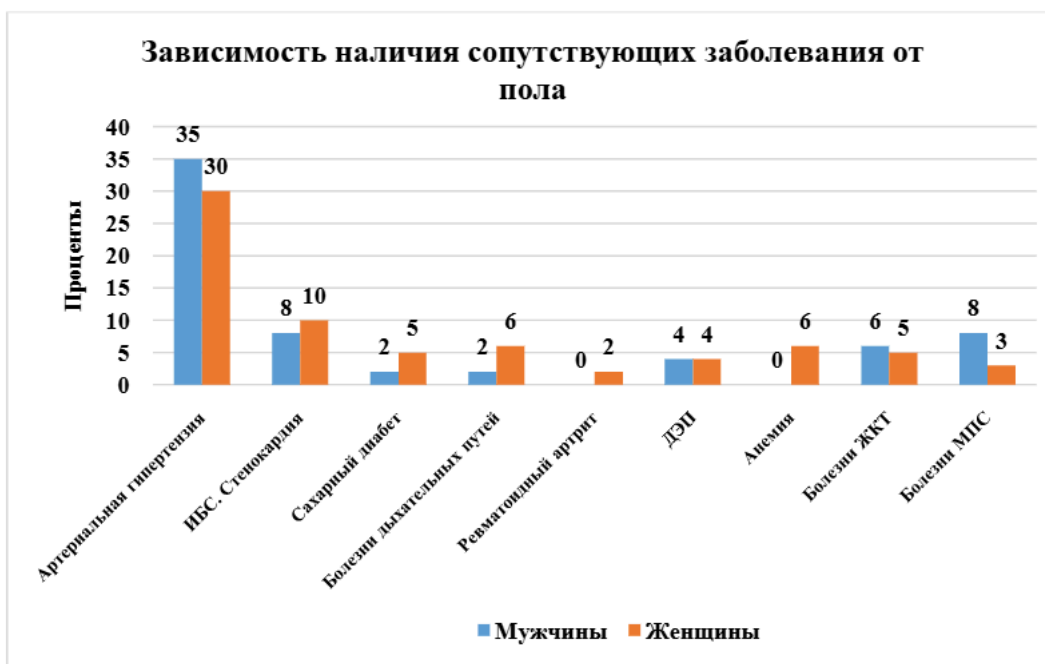


Рисунок 6 – Зависимость наличия сопутствующих заболеваний от пола

При анализе зависимости наличия сопутствующих заболеваний от возраста, сопутствующие заболевания преобладали у людей пожилого и

старческого возраста. Из них: артериальная гипертензия наблюдалась в возрасте 56-65 лет (50%), 66-75 лет (60%) и старше 75 лет (66%); ИБС и

стенокардия – в возрасте 56-65 лет (15%), 66-75 лет (25%) и старше 75 лет (33%); сахарный диабет – в возрасте 56-65 лет (3%), 66-75 лет (10%) и старше 75 лет (22%); болезни дыхательных путей – в возрасте старше 75 лет (22%) и т.д. (Рисунок 7). Различие между группами статистически значимо.

Заключение: в возрасте старше 75 лет у 66% больных имеется артериальная гипертензия, у 33%

- ИБС, стенокардия. Это связано с процессом физиологического старения организма (в частности с возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы), обусловленного перенесенными ранее заболеваниями, неблагоприятными факторами окружающей среды, вредными привычками, нерациональным питанием и т.д.

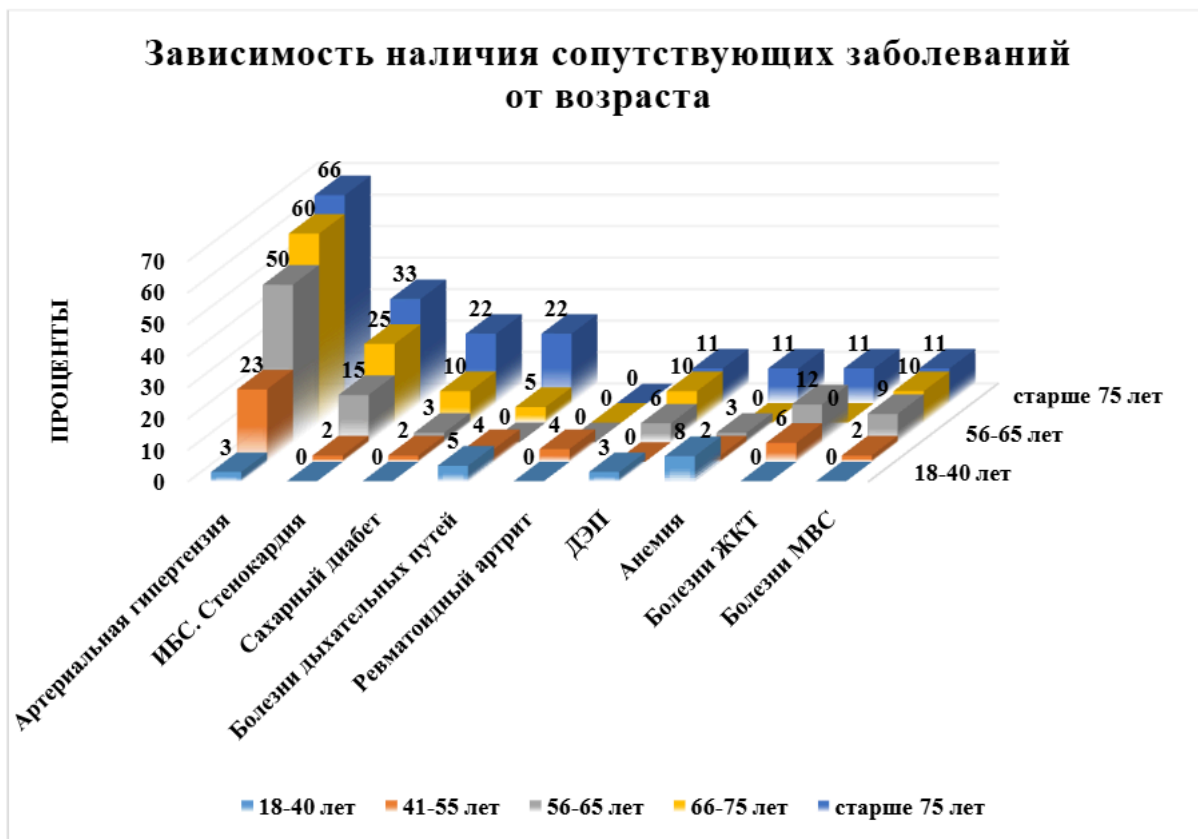


Рисунок 7 – Зависимость наличия сопутствующих заболеваний от возраста

Выводы.

1. Основной контингент больных в отделении реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава являлись пациенты, страдающие остеоартрозом. Большинство из них женщины – 98 человек (66%).
2. При анализе гендерных и возрастных данных отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами в возрастных категориях 56-65 лет и 66-75 лет, связанное с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин.
3. В процессе восстановления пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, важную роль играет сопутствующая патология, среди которой выделяется артериальная гипертензия (47 пациентов – 32%), ИБС (14 пациентов – 9%) и сахарный диабет (6 пациентов – 4%).
4. Улучшение динамики биомеханических показателей по нескольким индикаторам показало

- отсутствие зависимости результатов лечения от времени поступления (1-3 мес., 3-6 мес., более 6 мес.).
5. У пациентов, поступивших в позднем периоде (более 6 мес.) с аналогичными данными, показатели индикаторов незначительно отличались от поступивших в раннем периоде (1-3 мес.), что означает, что направленная монофакторная реабилитация в домашних условиях – ЛФК (из анамнеза пациентов) не дает достигнуть тех же результатов, что и в комплексном подходе.
6. Сравнительная достижение значимых результатов в улучшении динамики у пациентов за кратковременный период времени (10 дней) показывает о результативности комплексного лечения в периоде реабилитации.
7. комплексное реабилитационное лечение включает - лечебную физкультуру, механотерапию (пассивная разработка конечностей и суставов на аппаратах ARTROMOT, так называемая СРМ-

терапия), активную кинезотерапию на специальных тренажерах, лазеротерапию, магнитотерапию, ДДТ мышц, физиотерапевтические методы лечения и массаж.

8. Планируется дальнейшее продолжение исследования в перспективном направлении для оценки состояния пациентов в постреабилитационном периоде.

9. Продолжение исследования в постреабилитационном периоде позволит достигнуть результатов, на основании которых будут разработаны рекомендации по лечению и качеству ухода за пациентами в постреабилитационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ёлкин Д.В. Руководство по физической реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава. – М.: 2010. – С. 1-25.
- 2 Миронов С.П., Омеляненко Н.П. Остеоартроз: современное состояние проблемы (аналитический обзор) // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – М.: 2001. – №2. – С. 96-99.
- 3 Неверов В.А., Курбанов С.Х. Восстановительное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – СПб.: 2004. – Т. 163. – №2. – С. 97-99.
- 4 Атаманский И.А., Волокитина Е.А., Каминский А.В. Наш опыт эндопротезирования при тяжелой двусторонней патологии тазобедренного сустава // Материалы Всероссийской конференции: Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов. – Курган: 2004. – С. 32-33.
- 5 Корнилов И.В. Актуальные проблемы отечественной травматологии и ортопедии третьего тысячелетия // Современные проблемы травматологии и ортопедии: материалы научной конференции, посвященной 80-летию ЦИТО им. Н.И. Пирогова. – М.: 2001. – С.57-61.
- 6 Батпенев Н.Д., Оспанов К.Т., Джаксыбекова Г.К., Рустемова А.Ш. Перспективы и современное состояние травматологии и ортопедии Республики Казахстан // II съезд травматологов – ортопедов Республики Казахстан. – Астана: 2014. – С. 3-8.
- 7 Ермакова Л.В., Ходарев С.В. Физическая реабилитация пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата на амбулаторно-поликлиническом этапе // Труды научно-практической конференции «Реабилитация при патологии опорно-двигательного аппарата». – Ростов-на-Дону: 2011. – С. 28.
- 8 Красильникова Р.В., Петухова Н.К. Комплексная реабилитация детей с патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата в неврологическом реабилитационном отделении ДГБ // Труды научно-практической конференции «Медицинская реабилитация в педиатрической практике: достижения, проблемы и перспективы». – Якутск: 2013. – С. 153-165.
- 9 Цыбин А.В. Осложнения, связанные с внутренними ортопедическими протезными устройствами имплантами и трансплантатами тазобедренного сустава // Клинический протокол. – СПб.: 2013. – С. 15-16.
- 10 Джаксыбаев М.Н., Альходжаев С.С., Тезекбаев К.М., Майлыбекова А.К., Ни Р.Р., Маханов С.А. Биомедицинские исследования функций и качество жизни пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости // Вестник КазНМУ. – Алматы: 2015. – № 2. – С. 285-287.

М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Н.Б.БИМУРАТОВА, А.Г ДЁ, Х.Н. АЙНИТДИНОВА, М.З.ЖАКСЫМУРАТОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана*

САН БУЫН ЭНДОПРОТЕЗИНЕН КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ САУЫҚТЫРУ ЕМДЕУ ШАРАЛАРЫН ӨТКЕН НАУҚАСТАРДЫ ТАЛДАУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қ. №4 қалалық клиникалық ауруханасының реабилитация және физиотерапия бөлімшесінде, 2015 жылдың тамыз айынан 2016 жылдың наурыз айына дейін 18-89 жас аралығындағы науқастардың, сан бұын эндопротез кейінгі реабилитациялық емдеу шараларына талдау жасалған.

Түйін сөздер: реабилитация, эндопротездеу, сан бұын, өмір сапасы, зерттеу

M.N. JAXYBAYEV, N.B. BIMURATOVA, A.G. DYU, KH.N. AINITDINOVA, M.Z.JAXYMURATOV

*Asfendiyarov Kazakh National medical university,
Department of traumatology and orthopaedy, # 4 City Clinical Hospital*

ANALYSIS OF REHABILITATION TREATMENT OF PATIENTS AFTER HIP ARTHROPLASTY

Resume: The article presents an analysis of the results of a course of rehabilitation of patients between August 2015 - March 2016 after hip arthroplasty, were in the rehabilitation department of rehabilitation and physiotherapy CCH №4 Almaty from 18 to 89 years.

Keywords: rehabilitation, joint replacement, hip, quality of life, research

**М.Н. Джаксыбаев, Н.Б. Бимуратова, А.Г. Дё, Х.Н. Айнитдинова,
А.К. Майлибекова, Б.Б. Нуралиев**

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4, г. Алматы*

АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

УДК 616-001:617.3:616-089/-003.9-073

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. В последнее время в связи с тенденцией к постоянному росту травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, проблема медицинской реабилитации данной категории пациентов приобретает высокую социальную значимость [1].

По оценкам, более миллиарда человек в возрасте 15 лет и старше, или около 15,6% населения мира (согласно оценке глобальной численности населения 2010 года), живут с какой-либо формой инвалидности. В предстоящие годы инвалидность будет вызывать все большую озабоченность, поскольку ее распространенность увеличивается [2].

По прогнозам ВОЗ, количество заболеваний и повреждений тазобедренного сустава, будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. В 2000 г. во всем мире количество лиц в возрасте 60 лет и старше составило 590 млн. человек, а к 2025 - превысит один миллиард [3].

В Казахстане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов. Так в 2011 г. было сделано 2817, а в 2012 г. уже более 4600 операций по замене тазобедренного и коленного суставов. Однако, с ростом количества операций первичного эндопротезирования, также увеличивается удельный вес и ревизионных. В Казахстане удельный вес ревизионных эндопротезирований составляет около 15% [4].

Реабилитация - от латинского "habilis" - способность, "rehabilis" - восстановление способности. Согласно, определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда (МОТ), реабилитация - это комбинированное использование медицинских, социальных и профессиональных мер с целью обучения или переобучения инвалидов для достижения более высокого уровня функциональных возможностей. Таким образом, реабилитация представляет собой процесс, задачей которого является предотвращение инвалидности в период лечения

В статье представлен анализ результатов прохождения курса реабилитации больных за период с августа 2015 г. по март 2016 г. после перенесенных травматологических и ортопедических операций, находившихся на реабилитации в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы в возрасте от 16 до 92 лет.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование, крупные суставы нижних конечностей, остеосинтез, качество жизни, исследование

болезни и в значительной мере предупреждение осложнений и ухудшения состояния здоровья.

Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало непрерывность, последовательность комплексность, индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий. Важной проблемой является послеоперационное восстановительное лечение. Современные возможности ортопедии и травматологии позволяют пациенту ходить практически сразу после операции. Но пациент не может этого зачастую делать по разным причинам: слабость мускулатуры, нарушение функционирования мышечно-связочных цепей, нарушение вено- и лимфооттока [5].

Цели восстановительного лечения - максимально восстановить здоровье и функциональные возможности организма, вернуть человека в наиболее краткие сроки к нормальной жизнедеятельности.

Задачи медицинской реабилитации после травм и операций: повышение жизненного тонуса больного улучшение функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, желудочно-кишечного тракта, обменных процессов, улучшение трофики иммобилизированной конечности, лимфо- и кровообращения в зоне повреждения (операции) с целью стимуляции регенеративных процессов

предупреждения гипотрофии мышц и ригидности суставов. [6].

Под восстановлением нормальной функции конечности понимаются выполнение большим объемом движений в суставах, восстановление мышечной силы, скорости и координации движений. Восстановление включает в себя также физиотерапевтические процедуры, позволяющие восстановить кровообращение и ускорить заживление нарушенных тканей. [7].

Через центр реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы в год получают реабилитационно-восстановительное лечение более 600 травматолого-ортопедических больных.

Проведен перспективный анализ 474 историй болезней за период с августа 2015 г. по март 2016 г. пациентов, находившихся на реабилитации после перенесенных травматологических и ортопедических операций в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы кафедрой «Травматологии и ортопедии» КазНМУ им С.Д.Асфендиярова совместно с сотрудниками клиники. Возраст пациентов варьировал от 16 до 92 лет.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения пациентов, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы в реабилитационное отделение после перенесенных травматологических и ортопедических операций «Эндопротезирование крупных суставов», «Остеосинтез», «Артроскопия», изучая послеоперационный период, качество жизни и факторы, влияющие на них.

Задачи исследования:

1. Оценка состояния пациентов при поступлении в реабилитационное отделение после перенесенных травматологических и ортопедических операций.
2. Определить ключевые факторы, влияющие на ближайшие результаты лечения.
3. Провести анализ результатов лечения в зависимости от вида операции и времени поступления после операции.
4. Создание базы данных пациентов, проходивших лечение в реабилитационное отделение после перенесенных травматологических и ортопедических операций для их детального изучения, регистрации и мониторинга.

Методы и материалы исследования.

Статистическая обработка данных проведена с помощью программ Microsoft Office Excel и использован статистический анализ по Kaplan-Meier и Cox Regression.

Критерии включения для изучения (контингент исследуемых):

1. Все пациенты, госпитализированные в ГКБ № 4 г. Алматы в реабилитационное отделение после перенесенных травматологических и ортопедических операций.

2. Время поступления после операции: первые 3 месяца, 3-6 месяцев, свыше 6 месяцев.

Критерии исключения:

1. Пациенты, поступившие в реабилитационное отделение с заболеваниями, не связанными с травматологическими и ортопедическими операциями (пациенты неврологического, терапевтического профиля).
2. Пациенты, отказавшиеся от участия в исследовании.

Основные критерии сбора данных:

Всеми госпитализированными пациентами реабилитационного отделения, соответствующими выполнению критериев включения, заполнялись следующие формы:

- Ф.И.О. пациента, домашний адрес, номер телефона пациента и его родственника (домашний, сотовые, по возможности E-mail), образование, семейное положение).
- Сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечного тракта, и, мочевыделительной системы, органов желез внутренней секреции, нервной, костно-мышечной системы).
- Осмотр больного, с помощью анкет и вопросников (до и после проведенного лечения):
- ✓ оценка боли по числовой шкале;
- ✓ оценка объема движений в суставе;
- ✓ оценка индекса повседневной активности (Индекс Barthel);
- ✓ оценка общего состояния по индексу Карновского;
- ✓ оценка силы мышц по шкале MRC scale;
- ✓ оценка психического состояния в кратком обзоре (Mini исследования психического статуса, MMSE).

Результаты исследования.

В результате исследования из 474 пациентов, находившихся на реабилитации после перенесенных травматологических и ортопедических операций в отделении реабилитации и физиолечения ГКБ №4 г. Алматы: 149 (31,4%) - после эндопротезирования тазобедренного сустава, 295 (62,3%) - после эндопротезирования коленного сустава, 25 (5,3%) - после остеосинтеза, 5 (1%) - после артроскопии. Все поступившие пациенты получили комплексное реабилитационное лечение, включающее: лечебная физкультура (ЛФК-занятия с инструкторами), механотерапия (пассивная разработка конечностей и суставов на аппаратах ARTROMOT, так называемая СРМ-терапия), активная кинезотерапия на специальных тренажерах, лазеротерапия, магнитотерапия, ДДТ мышц, физиотерапевтические методы лечения и массаж.

При анализе гендерных данных средний возраст составит 56,5 лет, среди них 380 (80%) женщин и 94

(20%) мужчин (Рисунок 1).



Рисунок 1 – Различия по гендерному признаку, n = 474

При анализе демографических данных пациентов у мужчин превалирует

возраст 41-55 лет (32%), у женщин – 56-65 лет (36%) (Рисунок 2).

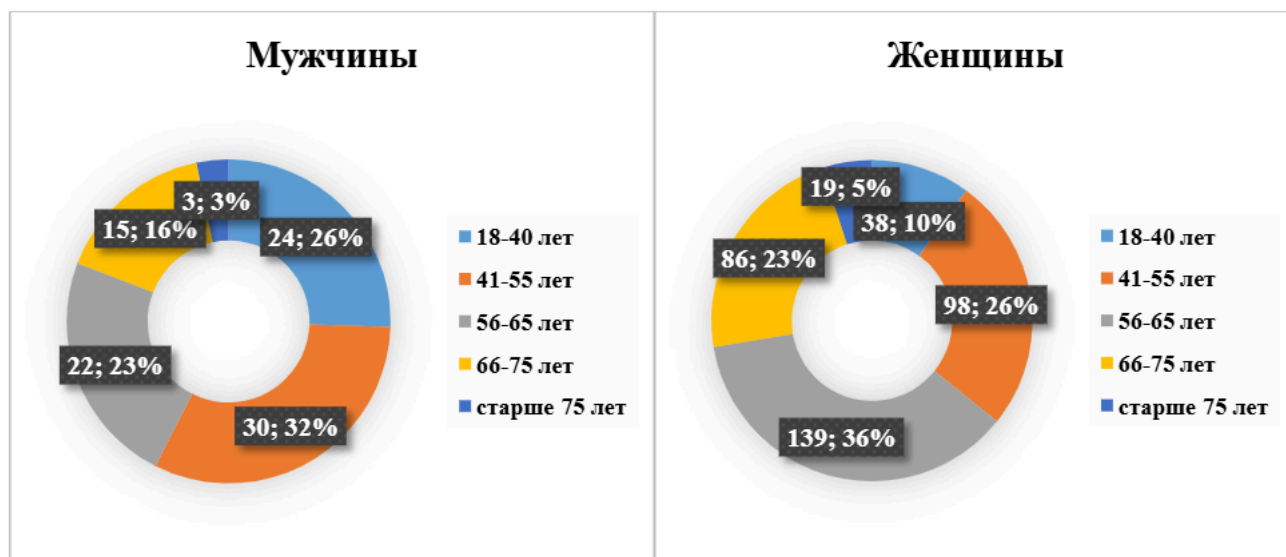


Рисунок 2 – Различия по гендерному и возрастному признакам

При анализе гендерных и возрастных данных отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами в возрастных категориях 56-65 лет и 66-75 лет (Рисунок 3).

Заключение: это связано с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин [8].

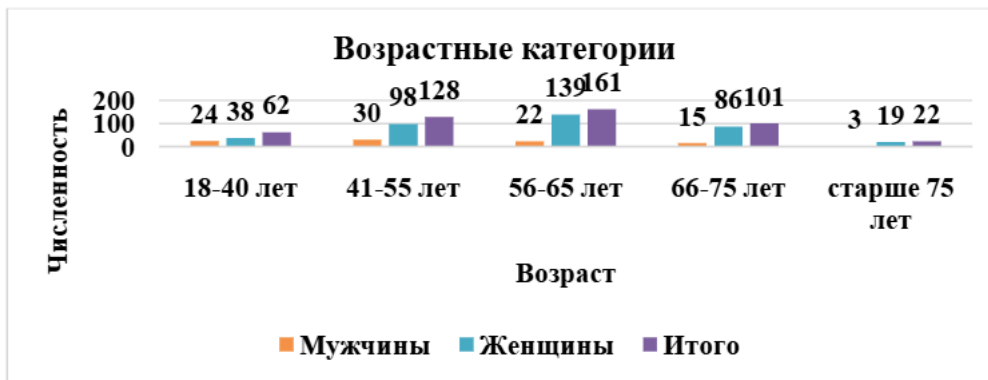


Рисунок 3 – Возрастные категории

При анализе данных зависимости возраста и пола от вида операции отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами (Рисунок 4 и 5). Так, при операции эндопротезирование тазобедренного сустава преобладают женщины (98 пациенток – 65,8%) в возрасте 41-45 лет (28 пациенток – 32,2%); при эндопротезировании коленного сустава преобладают женщины (264 пациентки – 89,5%) в возрасте 55-65 лет (110 пациенток – 37,3%); при

остеосинтезе преобладают также женщины (14 пациенток – 56%) в возрасте 18-40 лет (5 пациенток – 20%); что касается артроскопии, то здесь также преобладают женщины (4 пациентки – 80%) в возрасте 41-55 лет (2 пациентки – 40%) (Таблица 1). **Закключение:** наличие большинства больных в возрасте 41-65 лет связано с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин.

Таблица 1 – Зависимость пола и возраста от вида операции

Возраст, лет	Эндопротезирование тазобедренного сустава		Эндопротезирование коленного сустава		Остеосинтез после травмы		Диагностическая артроскопия		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40	12	26	3	7	9	5	0	0	62
41-55	20	28	7	66	2	2	1	2	128
55-65	10	24	12	110	0	4	0	1	161
65-75	6	14	9	70	0	1	0	1	101
старше 75	3	6	0	11	0	2	0	0	22
Итого	51	98	31	264	11	14	1	4	474

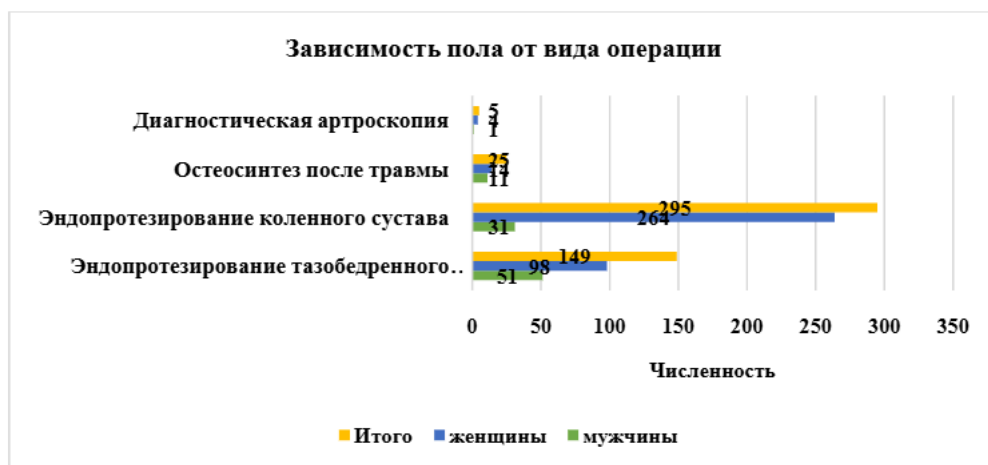


Рисунок 4 – Зависимость пола от вида операции

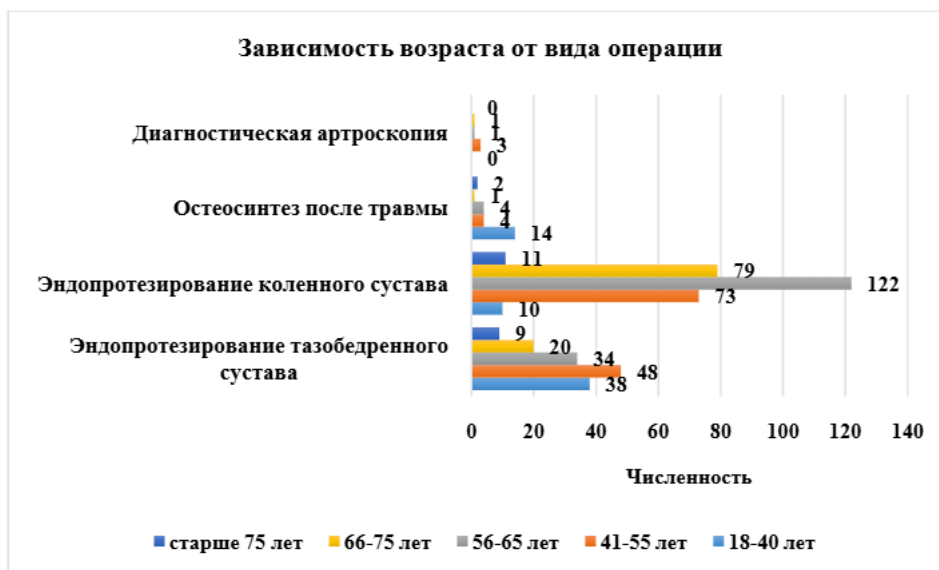


Рисунок 5 – Зависимость возраста от вида операции

В зависимости от времени поступления после операции пациентов в реабилитационное отделение каждая группа была детально анализирована.

Было рассмотрено улучшение биомеханических результатов пациентов в зависимости от периода реабилитации. Оценка проводилась по следующим индикаторам:

- оценка объема движений в суставе;
- оценка индекса повседневной активности (Индекс Barthel);

- оценка общего состояния по индексу Карновского;

- оценка силы мышц по шкале MRC scale.

Как видно из Таблицы 2, при эндопротезировании тазобедренного сустава данные расположились в следующем порядке: в период 1-3 мес. реабилитационное лечение получали 43 пациента (28,85%), в период 3-6 мес. – 73 пациента (49%), в период более 6 мес. – 33 пациента (22,15%), итого 149 больных.

Таблица 2 – Эндопротезирование тазобедренного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

Время \ Возраст	1-3 мес.		3-6 мес.		Более 6 мес.		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40 лет	3	11	6	11	3	4	38
41-55 лет	5	5	10	13	5	10	48
56-65 лет	2	9	5	13	3	2	34
66-75 лет	1	6	3	6	2	2	20
Старше 75 лет	1	0	2	4	0	2	9
Итого	43		73		33		149

Что касается зависимости возраста от времени поступления после операции достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 6).

Заключение: время поступления после операции не зависит от возраста.

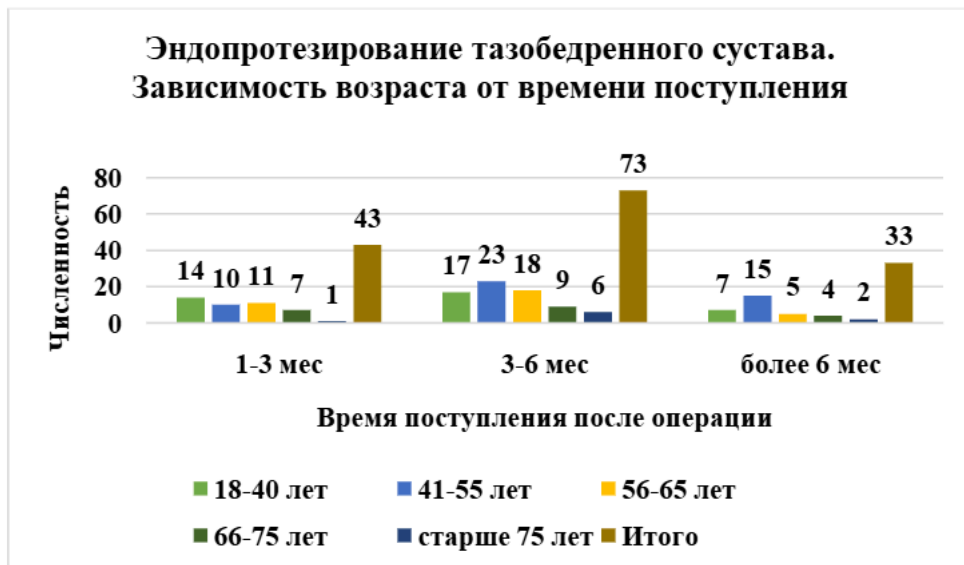


Рисунок 6 – Эндопротезирование тазобедренного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

При анализе зависимости различных показателей до и после лечения от времени поступления при эндопротезировании тазобедренного сустава достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 7). В среднем прирост

показателей объема движений в суставе составил 27,949 градусов.

Заключение: время поступления после операции не оказывает существенного влияния на конечный результат лечения.

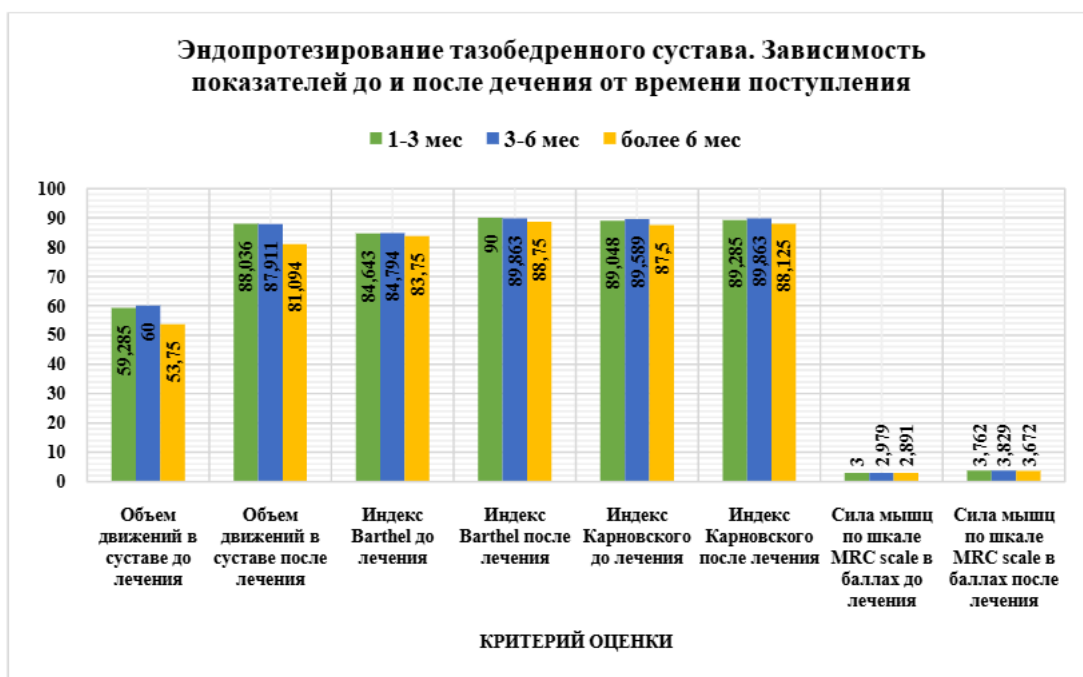


Рисунок 7 – Эндопротезирование тазобедренного сустава. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

При анализе данных эндопротезирования коленного сустава, как видно из Таблицы 3 и Рисунок 8, данные расположились в следующем порядке: в период 1-3 мес. реабилитационное

лечение получали 119 пациентов (40,34%), в период 3-6 мес. – 153 пациента (51,86%), в период более 6 мес. – 23 пациента (7,8%), итого 295 больных.

Таблица 3 – Эндопротезирование коленного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

Время \ Возраст	1-3 мес.		3-6 мес.		Более 6 мес.		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40 лет	2	3	1	4	0	0	10
41-55 лет	4	21	3	42	0	3	73
56-65 лет	5	47	6	53	1	10	122
66-75 лет	4	33	5	30	0	7	79
Старше 75 лет	0	0	0	9	0	2	11
Итого	119		153		23		295

Анализ зависимости возраста от времени поступления после операции достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 8).

Заключение: время поступления после операции не зависит от возраста.

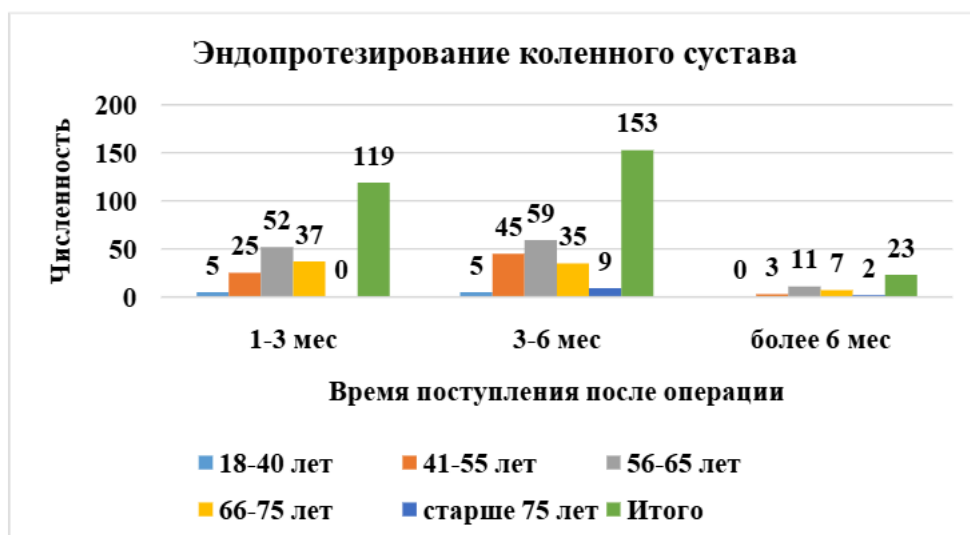


Рисунок 8 – Эндопротезирование коленного сустава. Зависимость возраста от времени поступления

При анализе зависимости различных показателей до и после лечения от времени поступления при эндопротезировании коленного сустава достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 9). В среднем прирост

показателей объема движений в суставе составил 19,684 градусов.

Заключение: время поступления после операции не оказывает существенного влияния на конечный результат лечения.

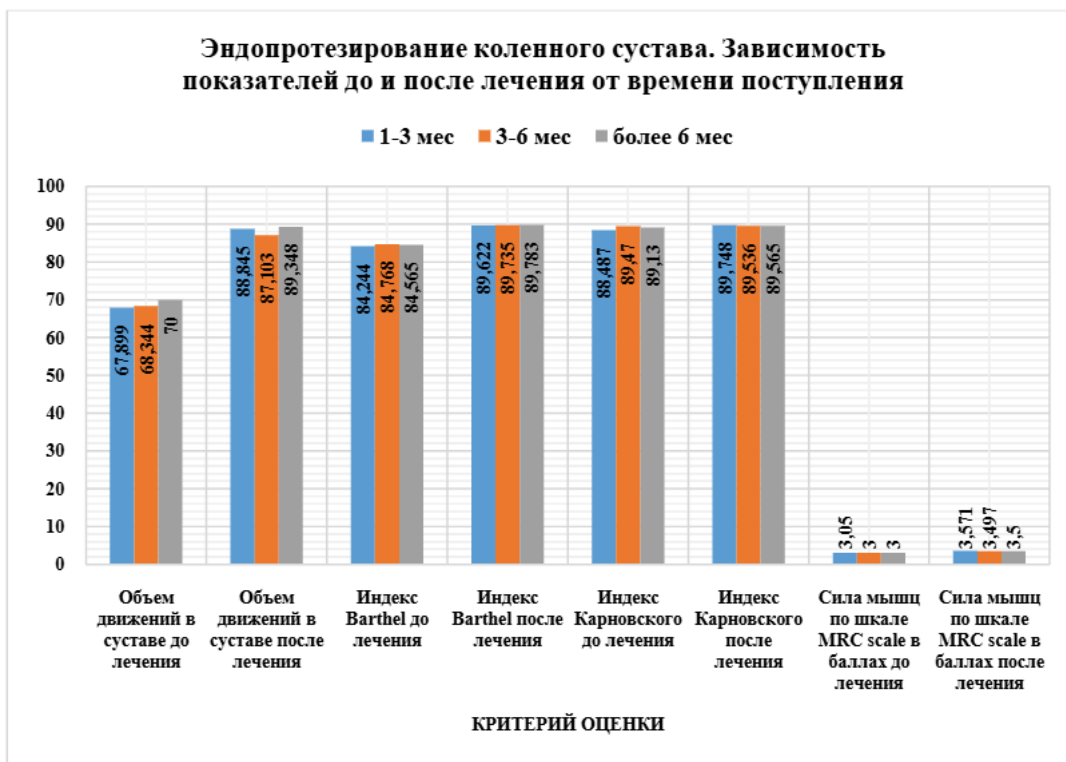


Рисунок 9 – Эндопротезирование коленного сустава. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

При анализе данных остеосинтеза, как видно из Таблицы 4 и Рисунок 10, данные расположились в следующем порядке: в период 1-3 мес. реабилитационное лечение получали 9 пациентов

(36%), в период 3-6 мес. – 13 пациента (52%), в период более 6 мес. – 3 пациента (12%), итого 25 больных.

Таблица 4 – Остеосинтез. Зависимость возраста от времени поступления

Время \ Возраст	1-3 мес.		3-6 мес.		Более 6 мес.		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40 лет	4	1	4	3	1	1	14
41-55 лет	0	1	2	1	0	0	4
56-65 лет	0	2	0	2	0	0	4
66-75 лет	0	0	0	1	0	0	1
Старше 75 лет	0	1	0	0	0	1	2
Итого	9		13		3		25

При анализе зависимости возраста от времени поступления после операции различие между группами статистически значимо (Рисунок 10). Так, наибольшее число больных наблюдается в возрасте 18-40 лет в период 1-3 мес. (20%) и 3-6 мес. (28%).

Заключение: время поступления после операции зависит от возраста, чем ниже возраст пациентов, тем в более ранние сроки они проходят реабилитацию.

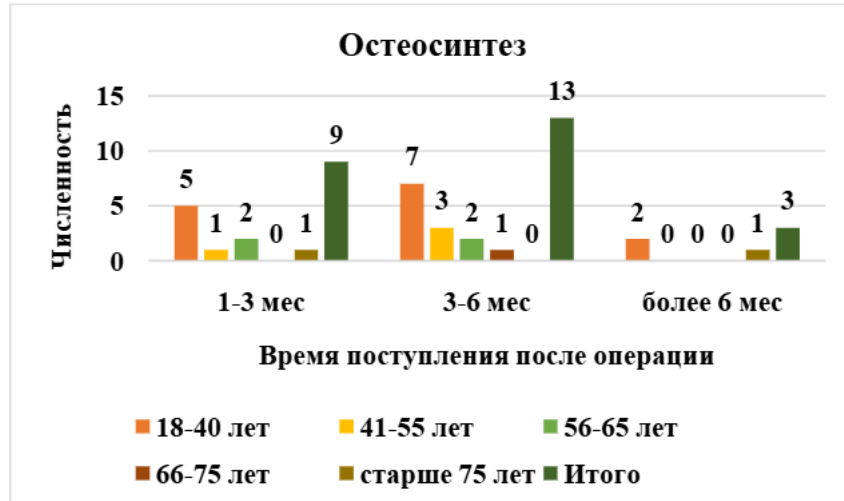


Рисунок 10 – Остеосинтез. Зависимость возраста от времени поступления

При анализе зависимости различных показателей до и после лечения от времени поступления при остеосинтезе различие между группами статистически значимо (Рисунок 11). Так, при времени поступления 1-3 мес., средний прирост показателя объема движений до и после лечения составил 18,056 градусов, когда как в период

поступления 3-6 мес. – 16,346 градусов, а в период поступления более 6 мес. – 1,667 градусов.

Заключение: прирост показателей до и после лечения зависит от времени поступления, так, чем раньше пациент получает реабилитационное лечение, тем выше его показатели.

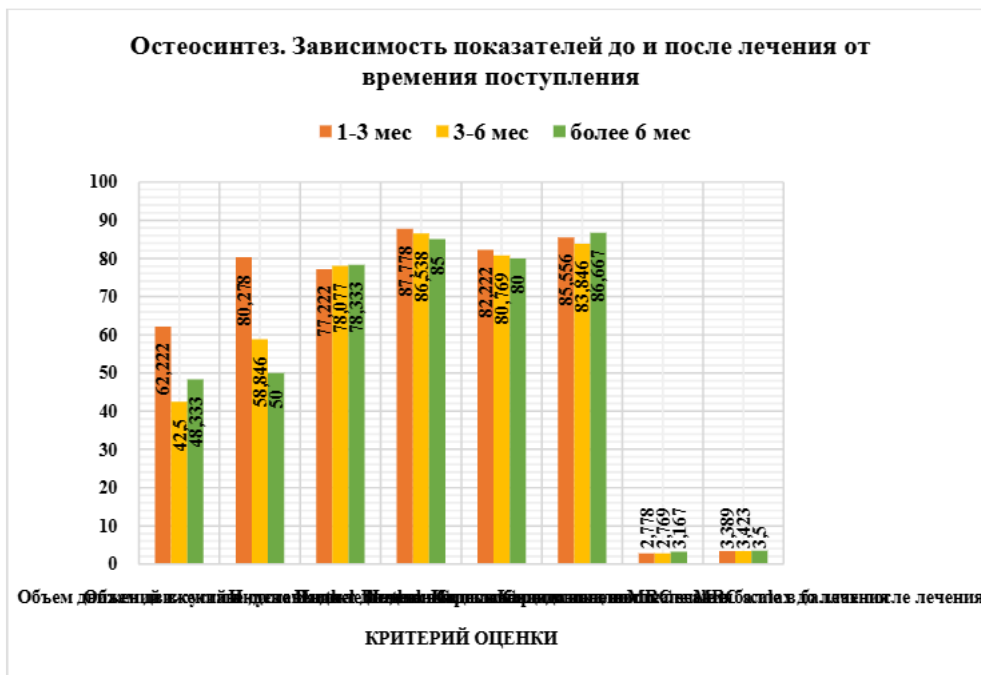


Рисунок 11 – Остеосинтез. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

Как видно из Таблицы 5 и Диаграммы 12, при артроскопии данные расположились в следующем порядке: в период 1-3 мес. реабилитационное

лечение получали 4 пациента (80%), в период 3-6 мес. – 0 пациентов (0%), в период более 6 мес. – 1 пациент (20%), итого 5 больных.

Таблица 5 – Артроскопия. Зависимость возраста от времени поступления

Время \ Возраст	1-3 мес.		3-6 мес.		Более 6 мес.		Итого
	м	ж	м	ж	м	ж	
18-40 лет	0	0	0	0	0	0	0
41-55 лет	1	2	0	0	0	0	3
56-65 лет	0	1	0	0	0	0	1
66-75 лет	0	0	0	0	0	1	1
Старше 75 лет	0	0	0	0	0	0	0
Итого	4		0		1		5

Что касается зависимости возраста от времени поступления после операции различие между группами статистически значимо (Рисунок 12). Так, наибольшее число больных наблюдается в возрасте 41-55 лет в период 1-3 мес. (60%).

Заключение: время поступления после операции зависит от возраста, чем ниже возраст пациентов, тем в более ранние сроки они проходят реабилитацию.

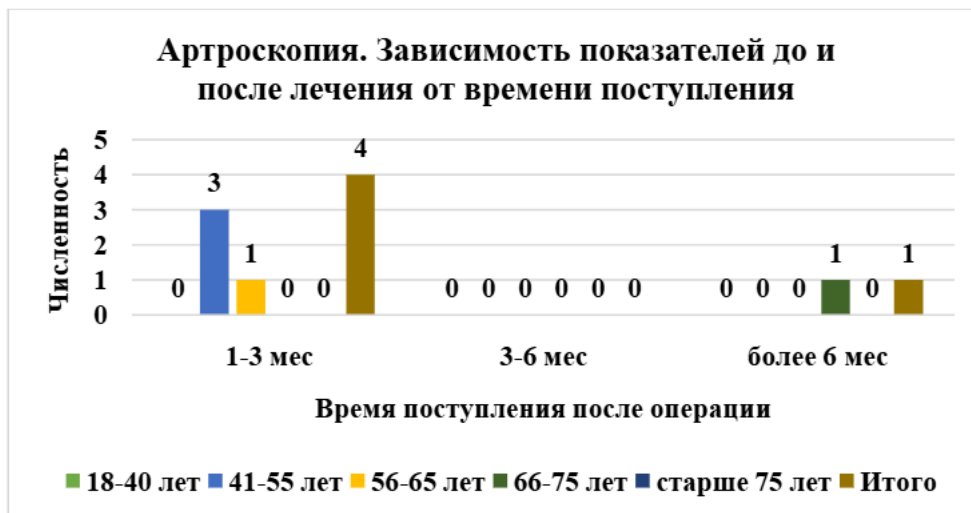


Рисунок 12 – Артроскопия. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

При анализе зависимости различных показателей до и после лечения от времени поступления при артроскопии достоверной статистической значимой разницы не выявлено (Рисунок 13).

Заключение: время поступления после операции не оказывает существенного влияния на конечный результат лечения.

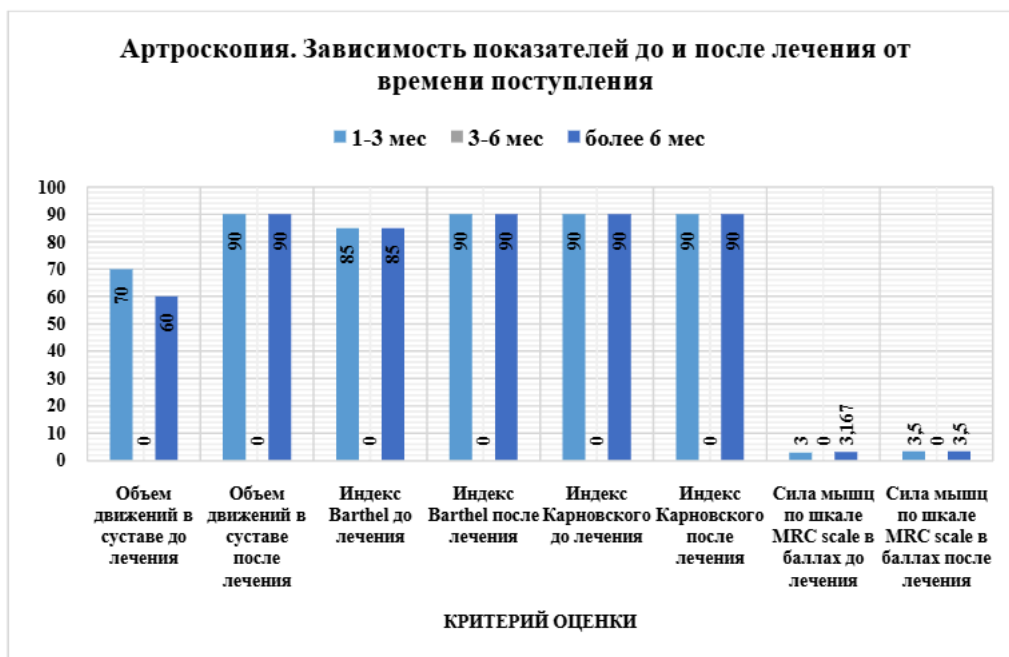


Рисунок 13 – Артроскопия. Зависимость показателей до и после лечения от времени поступления

При анализе зависимости наличия сопутствующих заболеваний от пола, данные расположились в следующем порядке: артериальная гипертензия наблюдалась у 30% мужчин и у 40% женщин; ИБС и стенокардия - у 8,5% мужчин и у 16% женщин;

сахарный диабет - у 3,2% мужчин и у 10% женщин и т.д. (Рисунок 14). Достоверной статистической значимой разницы не выявлено. Заключение: наличия сопутствующих заболеваний не зависит от пола.

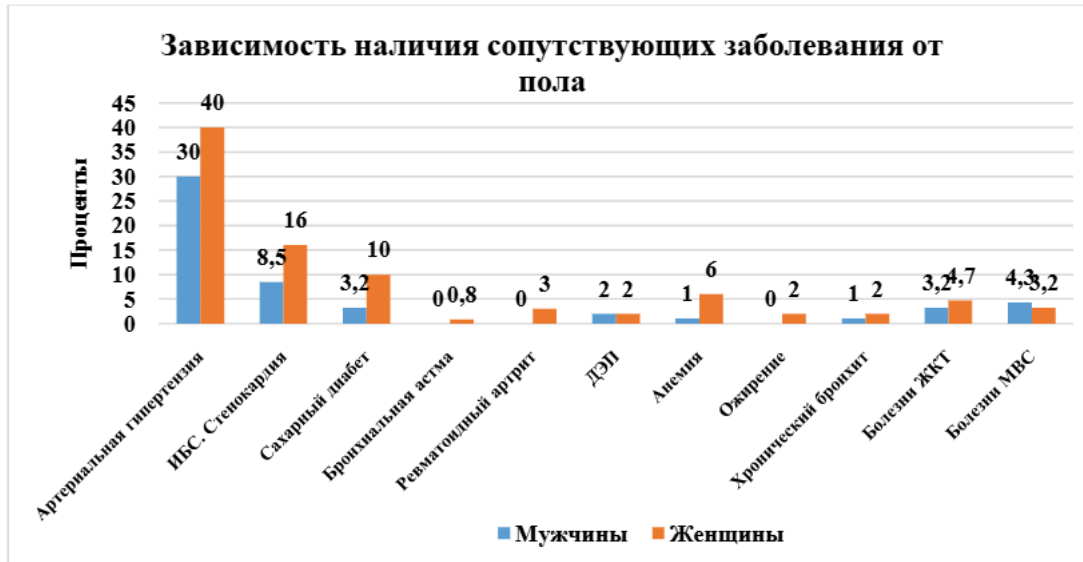


Рисунок 14 – Зависимость наличия сопутствующих заболеваний от пола

При анализе зависимости наличия сопутствующих заболеваний от возраста, данные расположились в следующем порядке: артериальная гипертензия наблюдалась в возрасте 56-65 лет (48%), 66-75 лет (51,5%) и старше 75 лет (73%); ИБС и стенокардия – в возрасте 56-65 лет (16,8%), 66-75 лет (26,7%) и старше 75 лет (50%); сахарный диабет – в возрасте 56-65 лет (11,2%), 66-75 лет (13,9%) и старше 75 лет

(18%) и т.д. (Рисунок 15). Различие между группами статистически значимо. Заключение: чем старше были пациенты, тем больше у них имелось сопутствующих патологий. Это связано с процессом физиологического старения организма, обусловленного перенесенными ранее заболеваниями, неблагоприятными факторами окружающей среды,

вредными привычками, нерациональным питанием и т.д.

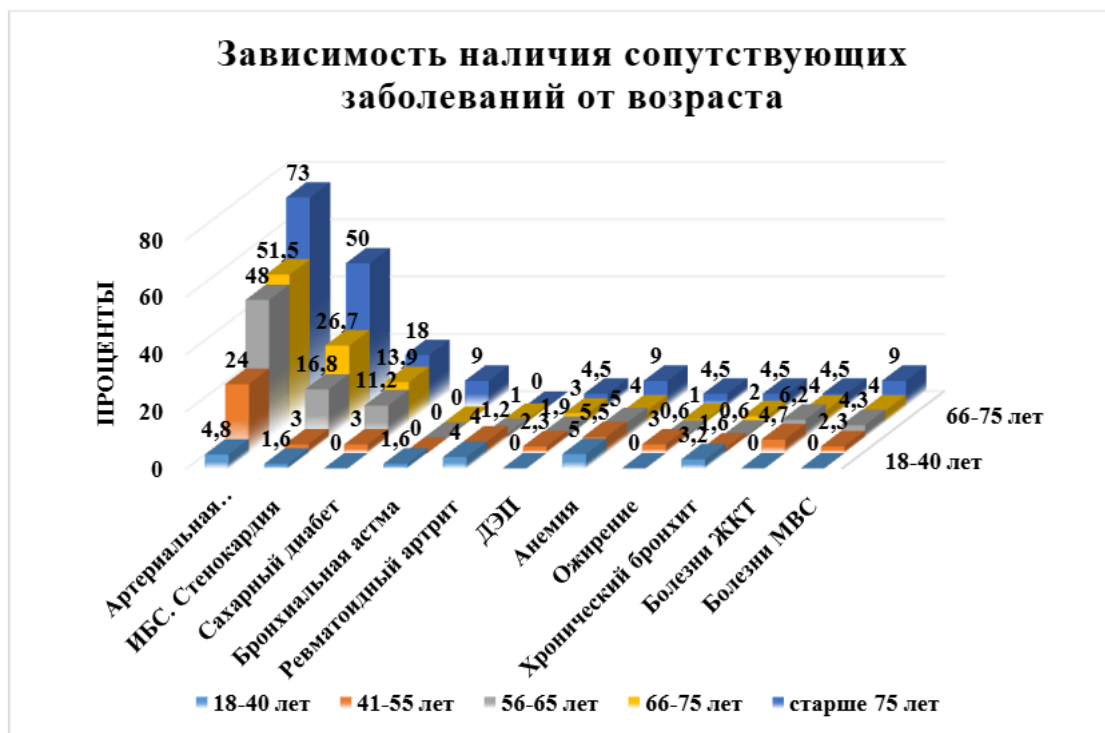


Рисунок 15 – Зависимость наличия сопутствующих заболеваний от возраста

Выводы.

1. Основной контингент больных в отделении реабилитации являлись пациенты после эндопротезирования крупных суставов, страдающих остеоартрозом. Большинство из них женщины – 380 человек (80%).
2. При анализе гендерных и возрастных данных отмечается статистически значимое различие между мужчинами и женщинами в возрастных категориях 56-65 лет и 66-75 лет, связанное с остеопорозом и с гормональной перестройкой в постменопаузальном периоде у женщин.
3. В процессе восстановления пациентов после перенесенных травматологических и ортопедических операций, важную роль играет сопутствующая патология, среди которой выделяется артериальная гипертензия (179 пациентов – 37,8%) и ИБС (69 пациентов – 14,6%). Эти пациенты получали комплексную терапию в полном объеме и принимали свои лекарства.
4. Улучшение динамики биомеханических показателей по нескольким индикаторам показало отсутствие зависимости результатов лечения от времени поступления (1-3 мес., 3-6 мес., более 6 мес.).
5. У пациентов, поступивших в позднем периоде (более 6 мес.) с аналогичными данными, показатели индикаторов незначительно отличались от поступивших в раннем периоде (1-3 мес.), что означает, что направленная

6. монофакторная реабилитация в домашних условиях – ЛФК (из анамнеза пациентов) не дает достигнуть тех же результатов, что и в комплексном подходе.
6. Достижение значимых результатов в улучшении динамики у пациентов за кратковременный период времени (10 дней) показывает о результативности комплексного лечения в периоде реабилитации.
7. Основой в реабилитационных мероприятиях в послеоперационный период является комплексное реабилитационное лечение, включающее лечебную физкультуру, механотерапию (пассивная разработка конечностей и суставов на аппаратах ARTROMOT, так называемая СРМ-терапия), активную кинезотерапию на специальных тренажерах, лазеротерапию, магнитотерапию, ДДТ мышц, физиотерапевтические методы лечения и массаж.
8. Комплексная программа реабилитации и физиопроцедур, подобранная грамотным специалистом, позволяет восстановить утраченный объем движений в суставах и максимально быстро вернуться к привычному образу жизни.
9. Требуется дальнейшее продолжение исследования в перспективном направлении для оценки состояния пациентов в постреабилитационном периоде.

Из полученных данных анализа выделяется необходимость разностороннего подхода к пациентам с сопутствующими заболеваниями. Продолжение исследования в постреабилитационном периоде позволит

достигнуть результатов, на основании которых будут разработаны рекомендации по лечению и качеству ухода за пациентами в постреабилитационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ермакова Л.В., Ходарев С.В. Физическая реабилитация пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата на амбулаторно-поликлиническом этапе // Труды научно-практической конференции «Реабилитация при патологии опорно-двигательного аппарата». - Ростов-на-Дону: 2011. – 28 с.
- 2 Маргарет Чен, Роберт Б. Зеллик. Всемирный доклад об инвалидности // Всемирная организация здравоохранения. - Нью-Йорк: 2011. – С. 5-9.
- 3 Корнилов И.В. Актуальные проблемы отечественной травматологии и ортопедии третьего тысячелетия // Современные проблемы травматологии и ортопедии: материалы научной конференции, посвященной 80-летию ЦИТО им. Н.И. Пирогова. – М.: 2001. – С.57-61.
- 4 Батпенов Н.Д., Оспанов К.Т., Джаксыбекова Г.К., Рустемова А.Ш. Перспективы и современное состояние травматологии и ортопедии Республики Казахстан // II съезд травматологов – ортопедов Республики Казахстан. – Астана: 2014. – С. 3-8.
- 5 Красильникова Р.В., Петухова Н.К. Комплексная реабилитация детей с патологией нервной системы и опорно-двигательного аппарата в неврологическом реабилитационном отделении ДГБ // Труды научно-практической конференции «Медицинская реабилитация в педиатрической практике: достижения, проблемы и перспективы». – Якутск: 2013. – С. 153-165.
- 6 Цыбин А.В. Осложнения, связанные с внутренними ортопедическими протезными устройствами имплантатами и трансплантатами тазобедренного сустава // Клинический протокол. – СПб: 2013. – С. 15-16.
- 7 Гайдаров Л.Ф., Лазарева Г.Ю., Леонкин В.В. Реабилитация после травм, переломов // Справочник по реабилитации после заболеваний. – М.: ЭКСМО, 2008. – С. 521-530.
- 8 Джаксыбаев М.Н., Альходжаев С.С., Тезекбаев К.М., Майлыбекова А.К., Ни Р.Р., Маханов С.А. Биомедицинские исследования функций и качество жизни пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости // Вестник КазНМУ. – Алматы: 2015. – № 2. – С. 285-287.

**М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Н.Б.БИМУРАТОВА, А.Г ДЁ, Х.Н. АЙНИТДИНОВА,
А.К.МАЙЛИБЕКОВА, Б.Б.НУРАЛИЕВ**

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана*

ТРАВМАТОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ОРТОПЕДИАЛЫҚ ОТАЛАРДАН КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯЛЫҚ САУЫҚТЫРУ ЕМДЕУ ШАРАЛАРЫН ӨТКЕН НАУҚАСТАРДЫ ТАЛДАУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қ. №4 қалалық клиникалық ауруханасынның реабилитация және физиотерапия бөлімшесінде, 2015 жылдың тамыз айынан 2016 жылдың наурыз айына дейін 16- 92 жас аралығындағы науқастардың травматологиялық және ортопедиялық оталардан кейінгі реабилитациялық емдеу шараларына талдау жасалған.

Түйінді сөздер: реабилитация, эндопротездеу, аяқ ірі буындары, остеосинтез, өмір сапасы, зерттеу

M.N. JAXYBAYEV, N.B. BIMURATOVA, A.G. DYU, Kh.N. AINITDINOVA, A.K. MAYLIBEKOVA, B.B.NURALYEV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, №4 City Clinical Hospital*

ANALYSIS OF REHABILITATION TREATMENT AFTER SUFFERING A TRAUMA AND ORTHOPEDIC SURGERY

Resume: The article presents an analysis of the results of a course of rehabilitation of patients between August 2015 - March 2016 after suffering trauma and orthopedic surgery, were in the rehabilitation department of rehabilitation and physiotherapy CCH №4 Almaty from 16 to 92 years.

Keywords: rehabilitation, joint replacement, large joints of the lower extremities, osteosynthesis, quality of life, research

М.Н. Джаксыбаев, С.А Маханов, Р.А. Курбансопиев, К.Е.Бильдебаев, Н.Н.Байбахов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы,
отделение эндопротезирования

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ)

УДК 617.581:61-77

Актуальность. Ревматоидный артрит (РА) (англ. rheumatoid arthritis) — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом.

Несмотря на то, что воспаление мелких суставов является характерной чертой РА [2], довольно часто при тяжелом варианте течения заболевания на первый план выступает поражение крупных суставов (в первую очередь коленных и тазобедренных) [3]. Поражение этих суставов сопровождается тяжелыми морфологическими и функциональными изменениями [1,4], приводя более половины пациентов к инвалидности [5]. Даже умеренные нарушения функции крупных суставов нижних конечностей значительно ограничивают физическую и социальную активность больных, неблагоприятно отражаясь на их качестве жизни (КЖ)

В ряде случаев единственным методом оказания помощи таким больным является тотальное эндопротезирование суставов, которое прочно вошло в клиническую практику в качестве высокотехнологичного метода лечения, позволяющего не только купировать боль, но и существенно улучшать функциональные возможности больных, повышая их КЖ [6]

Впервые замена тазобедренного сустава выполнилось в 1960 году. Замена тазобедренного сустава в хирургии является одним из самых успешных операции в медицине. Начиная с 1960 года, улучшение замены суставов, хирургические методы и технологии значительно увеличили эффективность тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. По данным Агентства по охране здоровья и исследований Качество, более чем 300.000 тотальных эндопротезировании тазобедренного сустава выполняются каждый год в Соединенные Штаты.[7]

В данной работе проведен анализ результатов эндопротезирования крупных суставов у пациентов, страдающих ревматоидным артритом в ГКБ№4 г. Алматы за 2015 год

Ключевые слова: Ревматоидный артрит, коксартроз, гоноартроз, эндопротезирование коленных и тазобедренных суставов

С 2009 года в ГКБ №4 при оперативном лечении больных с данной патологией применяется эндопротезирование тазобедренного сустава как отечественными, так и зарубежными эндопротезами.

Целью настоящей работы были анализ опыта лечение больных ревматоидным артритом, которым проводилось тотальное эндопротезирование коленных (ТЭКС) и тазобедренных суставов (ТЭТС).

Материалы и методы: ГКБ №4 г. Алматы имеет большой опыт по эндопротезированию тазобедренного сустава. Так, только за 1 год – 2012 г. в этой больнице произведено плановом порядке 612 операций по эндопротезированию тазобедренного сустава при различных его патологиях [8]

Были изучены результаты эндопротезирование крупных суставов поступивших за 2015 год в ГКБ№4 пациентам, страдающим ревматоидным артритом.

За 2015 год в ГКБ №4 проведено 10-ти пациентам страдающим ревматоидным артритом эндопротезирование тазобедренных и коленных суставов, из них 4 поступили на первичную замену тазобедренных и коленных суставов, а 6-ти пациентам ранее было проведено эндопротезирование крупных суставов, но в течений определенного времени они поступают на замену другого сустава. Всего было выполнено 10 операции, из них 1-мужчина, 9-женщин. Мужчина возрасте – 65 лет которому было выполнено ТЭТС, а 2 женщинам в возрасте 40-60 лет было

выполнено ТЭТБС, а оставшиеся 7-ми женщинам в возрасте 61-80 лет выполнено ТЭКС. Пациенты направлялись по portalу на оперативное лечение из поликлиник по месту жительства, где проводилось обследование и консервативная терапия с целью снижения степени активности РА (в «холодном» периоде). Пациенты осмотрены по оценочной системе Харриса [9]. Предоперационное планирование проведено с учетом индивидуального подхода каждому больному. Для этого получены рентгенограммы ТБС и КС в двух стандартных и аксиальной проекциях для примерки шаблона и выбора модели и размеров имплантата. Кроме рентгенологического исследования, в предоперационном обследовании применялись следующие методы лучевой и функциональной, клиничко-лабораторной диагностики:

- Денситометрия, дающая возможность оценить степень выраженности остеопороза;
- Антропометрический метод;
- Анализы крови на маркеры воспаления и активности РА.
- Ультразвуковая доплерография сосудов нижней конечности.

- Общий анализ и биохимические анализы крови. Операции проведены под общим наркозом и традиционном клинике доступом. В основном операции заключались тотальном цементном и без цементном эндопротезировании ТБС (в зависимости от возраста и состоянии костной плотности) и КС (только цементном), имплантатами «Де пью» (4 человек) и «Страйкер» (6 человек).

Во время операции при формировании ложа бедренного компонента для предотвращения перфорации кортикального слоя бедренной кости и места расположения вертлужного компонента с учетом деформации проводился рентгенологический контроль.

В послеоперационном периоде для профилактики инфекционных осложнений проводился курс антибиотикотерапии. С целью предотвращения тромбоза венозных сосудов нижних конечностей назначали «Ксарелто» подкожно в течении 6-8 дней, затем после выписки в таблетированной форме в течении 15 дней, и эластическую компрессию в течение 5 недель. Для профилактики и лечения остеопороза применял препараты, регулирующие метаболизм костной ткани, дозу которых определяли по результатам биохимических анализов крови и мочи, с согласия врачей эндокринолога и ревматолога.

В течении 1-2 х суток после операции пациентам разрешали ходить с помощью костылей и ходунков, дозированно нагружая оперированную ногу. Полную нагрузку оперированной конечности

давали через 3 месяца от момента операции после клиничко-рентгенологического обследования.

После ТЭТБС и ТЭКС все пациенты прошли курс реабилитационных мероприятий, включавший массаж и лечебную физкультуру, что позволило ускорить сроки вертикализации больного и уменьшить продолжительность восстановительного периода.

Во время повторной госпитализации по поводу ТЭТБС и ТЭКС на противоположной стороне с целью контроля результатов операции проводили обследования с помощью методов, которые применяли на первом этапе оперативного лечения.

Клинический пример Б о л ь н а я А., 71 лет. Диагноз: Деформирующий гонартроз слева 3 ст. болевой синдром. Сопутствующий диагноз: Состояние после тотальное эндопротезирование правого коленного сустава (2014г). Ревматоидный полиартрит (10 лет) АГ 2,ФК 3(7 лет).

При поступлении: жалобы на боли в области **левого коленного сустава**, усиливающиеся при физической нагрузке, имеется варусное искривление левой нижней конечности. Движение в левом коленном суставе ограничено болезненно. Разгибание - 165°, сгибание - 5° левого коленного сустава. Движение и чувствительность пальцев не нарушено.

На рентгенограмме: имеется клиника деформирующего гонартроза 3 ст, суставная щель резко сужена. Также имеется шипы надколенника, мыщелков большеберцовой и бедренной кости;

По биохимическому анализ крови: глюкоза- 5,2 ммоль/л, билирубин общий 20,0 ммоль/л, мочевины 6,1 ммоль/л, креатинин 81,0 ммоль/л. белок- 78,0 г/л АлаТ-0,51 мккат/л АсаТ-0,17 мккат/л На ультразвуковой доплерографии исследуемые сосуды проходимы;

При ЭКГ- исследовании Ритм синусовый, ЧСС 60уд в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

С учетом результатов клиничко-инструментальных обследований больной проведена операция: эндопротезирование ТБС.

Произведена операция: Тотальное цементное эндопротезирование левого коленного сустава протезом «Страйкер». Тибиальный компонент №7, бедренный №7 Вкладыш № 7-12мм. Цемент№- 1.

На контрольных рентгенограммах в прямой проекции: состояние после тотального эндопротезирования левого КС, бедренный и тибиальный компоненты стабильные.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная активизирована на ходунках на 3-е сутки, начала ходить на 4-е сутки при помощи костылей. В удовлетворительном состоянии выписана на 8-е сутки под амбулаторное наблюдение.

Объем движений в раннем послеоперационном периоде в левом КС: сгибание 70° (до операции 5°), разгибание 180° (до операции 160°)

Проведен курс восстановительного лечения.

Заключение.

Анализ рентгенологических снимков при катанестическом обследовании, продемонстрировал хорошее позиционирование компонентов эндопротеза. После операции наблюдалось значительное улучшение, баллы по

шкале Харриса составили 80-85. Основные жалобы пациентов – боль и ограничение движений в тазобедренных и коленных суставах, разница длины конечностей, хромота, нарушение опороспособности и функции нижней конечности. В результате лечения достигнута существенная коррекция деформации нижних конечностей и сформирован нормальный или близкий к физиологическому функциональному статусу.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Носовнов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит. // Ревматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.290-331.
- 2 Чичасова Н.В., Шехтер А.Б., Каневская М.З. и др. Рентгенологические сопоставления при ревматоидном артрите по данным длительного проспективного наблюдения. // Ревматология. 1990. – №2. – 17-23.
- 3 Fries J.F., Spitz P., Kraines R.G. et al. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthr Rheum* 1980. – №23(2). – P.137-45.
- 4 Chmell M.J., Scott R.D., Thomas W.H. et al. Total hip arthroplasty with cement for juvenile rheumatoid arthritis. *J bone Joint Surg* 1997. – №79. – P.44-55.
- 5 Б.А. Бердаuletov, Р.Р. Ни. Экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста. // Вестник КазНМУ. – Алматы: 2015. – №2. – С. 64-66.
- 6 Harris W.H. The problem is osteolysis // *ClinOrthop*. – 1995. – 311. - P. 46-53.

М. Н. ДЖАКСЫБАЕВ, С.А. МАХАНОВ, Р.А. КУРБАНСОПИЕВ, К.Е. БИЛЬДЕБАЕВ., Н.Н.БАЙБАХОВ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия хирургия кафедрасы,
Алматы қ. №4 ҚКА - Эндорпротезия бөлімшесі*

РЕВМАТОИДТЫ АРТРИТПЕН АУЫРҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ ІРІ БУЫНДАР ЭНДОПРОТЕЗІ (ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ)

Түйін: Бұл жұмыста ревматоидты артритпен зардап шегетін науқастарға ҚКА№4 Алматы қ. 2015 жылы жасалған ірі буындардың эндопротездеу оталарына талдау нәтижелері көрсетілген.

Түйінді сөздер: Ревматоидты артрит, гонартоз, коксартроз, жанбас-сан мен тіз буындардың эндопротезиясы.

M.N. DZHAKSYBAEV, S.A. MAKHANOV, R.A. KURBANSOPIEV, K.E. BILDEBAYEV, N.N.BAYBAKOV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopedics,
CCH №4 Almaty c. - Department of arthroplasty*

TOTAL ARTHROPLASTY OF LARGE JOINTS IN RHEUMATOID ARTHRITIS (TREATMENT EXPERIENCE)

Resume: this paper analyzes the results of endoprosthesis of large joints in patients with rheumatoid arthritis in CCH №4 of Almaty in 2015 year. The aim of this work was the analysis of treatment-experienced patients with rheumatoid arthritis who underwent total knee arthroplasty (TKA) and hips (TETBS).

Materials and Methods: Clinical Hospital №4, Almaty has extensive experience in hip replacement. Thus, only one year - 2012, the hospital routinely made 612 operations for hip replacement at its various pathologies.

The results were studied prosthetics received for 2015 CCH №4 in patients suffering from rheumatoid arthritis.

Keywords: Rheumatoid arthritis, coxarthrosis, gonarthrosis, knee and hip replacements.

М.Н.Джаксыбаев, М.О.Жумагулов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

УДК 616.728.3-089.77-009.7

П

о данным статистики разных стран мира в среднем ежегодно в протезировании нуждаются 500 - 1000 больных на 1 млн. Населения (1).

В Казахстане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов. Так в 2011 г. было сделано 2817, а в 2012 году уже более 4600 операций по замене тазобедренного и коленного суставов. В РК ежегодная потребность в эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов составляет около 24500 операций в год (2). Первичный остеоартрит и ревматоидный артрит являются основными причинами, из-за которых проводятся эндопротезирование (3). Кроме дегенеративно – дистрофических заболеваний, в эндопротезировании крупных суставов, нуждаются пожилые люди с переломами проксимального отдела бедренной кости. Не последнюю роль в нарушении питания проксимального отдела бедренной кости играет облитерация сосудов при сахарном диабете. Обычно в этом возрасте развивается остеопороз проксимального отдела бедренной кости, поэтому для возникновения перелома обычно достаточно незначительного травматического воздействия.(4). По статистике ВОЗ в 1990 г. в мире перелом проксимального отдела бедренной кости составляла около 1 миллион 660 тысяч, к 2050 г ожидается трехкратный рост этих переломов. (5,6,7)

Международная федерация диабета (IDF) предполагает, что к 2030 году каждый десятый человек будет страдать диабетом. В Казахстане число больных сахарным диабетом достигло

В данной работе проведено анализ результатов эндопротезирования крупных суставов у пациентов страдающим сахарным диабетом, поступивших в ГКБ №4 г. Алматы

Ключевые слова: Эндопротезирование, сахарный диабет, пожилые пациенты, качества жизни, перелом бедра, исследование

207 935 человек. Основные патогенетические формы заболевания: диабет I типа (инсулинозависимый — ИЗСД) и диабет II типа (инсулинонезависимый — ИНСД). По оценке Диабетом II типа чаще страдают больные старше 40 лет.

В связи с этим, при эндопротезировании крупных суставов больных страдающим сахарным диабетом появляется необходимость разностороннего изучения и усовершенствование тактики лечения.

Материалы и методы исследования.

В отделения эндопротезирования ГКБ №4 за период с 03.01.2013 по 24.12.2013гг. было проведено 950 операций по эндопротезированию крупных суставов, из них больные страдающим сахарным диабетом составило 52 больных. Нами проведен анализ результатов лечения 52 пациентов, где мужчины составили – 13 (25,0%), женщины – 39 (75,0%). Как видно из таблицы 1 по видам заболевания распределено таким образом: переломы шейки бедра составила – 3 (5,7%), некроз головки бедренной кости – 2(3,8%), ложный сустав шейки бедренной кости – 2 (3,8%), Деформирующий гоноартроз – 27(51,9%), Деформирующий коксоартроз – 18(34,6%) случаев.

Таблица 1 – Виды заболеваемости

	Пол	Виды заболевания					итого
		Деформирующий коксартроз	Деформирующий гоноартроз	Ложный сустав	Некроз головки бедренной кости	Перелом шейки бедренной кости (Экстренные)	
45-55	Муж.	3(5,7%)	1(1,9%)				
	Жен.	2 (3,8%)	10(19,2%)	1(1,9%)		1(1,9%)	
55-65	Муж.	2 (3,8%)	2 (3,8%)		1(1,9%)		
	Жен.	5(9,6%)	11(21,1%)		1(1,9%)		
65-старше	Муж.	4(7,7%)					
	Жен.	2 (3,8%)	3(5,7%)	1(1,9%)		2 (3,8%)	
	Муж.	9(17,3%)	3(5,7%)		1(1,9%)		13(25,0%)
	Жен.	9(17,4%)	24(46,1%)	2 (3,8%)	1(1,9%)	3(5,7%)	39(75,0%)
Общее		18(34,7%)	27(52,0%)	2 (3,8%)	2 (3,8%)	3(5,7%)	52(100%)

В предоперационном и послеоперационном периоде проводился регулярный контроль содержания сахара в крови.

Предоперационная подготовка включала: коррекция нарушения углеводного обмена обеспечивается назначением соответствующей диеты и антидиабетических средств. Больным, поступившим в экстренном порядке с диабетом II типа средней и тяжелой степени за 1–2 сут. до операции по назначению эндокринолога применяли сахаропонижающие препараты для перорального применения и инсулин пролонгированного действия. По необходимости осуществлялся перевод больного на инъекции простого инсулина. Плановые больные проходили обследование амбулаторном порядке, что включала: осмотр специалистов, лабораторно-диагностические и Инструментальные исследования по стандарту. Пациентам, поступившим в экстренном порядке проводилось лабораторно-диагностические и инструментальные методы исследования, что включала в себе кроме общих анализов, УЗДГ сосудов. Пациентам, поступившим в плановом порядке, устанавливались протезы от двух производителей Strayker и De-Puy, это виды тотальных эндопротезов тазобедренных суставов цементные и безцементные соответственно анатомическим размерам установлено 22-м пациентам, так же 27-ми пациентам в зависимости деформации

коленного сустава установлены эндопротезы коленного сустава с сохранением задней крестовидной связки и без сохранения. Экстренным больным в количестве 3-х пожилых пациентов с переломами шейки бедренной кости проводилась операция - биполярное эндопротезирование в 2-х случаях и в 1-м случае тотальное эндопротезирование в течение 3 суток. Всем больным в послеоперационном периоде проводилось контрольное УЗДГ исследование сосудов, контрольные анализы, рентген контроль. Активизация с дозированной нагрузкой на оперированную конечность разрешалась на вторые сутки после операции с бинтованием эластичным бинтом обеих нижних конечности. Проводилось ЛФК с инструктором, антибактериальная, симптоматическая и патогенетическая терапия по стандарту. По истечении 8-10 дней после операции больные выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендациями наблюдения у эндокринолога и травматолога по месту жительства. Послеоперационная рана у всех пациентов зажила первичным натяжением, объем движения конечности в динамике улучшилось.

Выводы:

1. Учитывая увеличение количества больных, нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов, для ранней активизации, особенно страдающим сахарным диабетом, на сегодняшний день появляется необходимость разностороннего

комплексного подхода в тактике лечения на всех этапах (предоперационном, послеоперационном, реабилитационном периоде).

2. Для изучения качества жизни пациентов в отдаленном периоде, после эндопротезирования

крупных суставов необходимо создание единого национального регистра с включением сопутствующих патологий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Who study group Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. // World Health Organization. – 2004. – P. 56.
- 2 Van Balen, R., Steyerberg, E.W., Polder, J.J., Ribbers, T.L., Habbema, J.D., Cools, H.J., 2001. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life, and type of residence. Clin. Orthop. Relat. Res. – №390. – P.232–243.
- 3 Leonardsson, O., Sernbo, I., Carlsson, A., Akesson, K., Rogmark, C., 2010. Long-term follow-up of replacement compared with internal fixation for displaced femoral neck fractures: results at 10 years in a randomised study of 450 patients. J. Bone Joint Surg. Br. – №92 (3). – P 406–412.
- 4 Thorngren, K., 1993. Medical audit: experience from Sweden. In: Frostrick, S.P., Radford, P.J., Wallance, W.A. (Eds.). – № 21. – P. 53-68.
- 5 Gjertsen, J.E., Engesaeter, L.B., Furnes, O., Havelin, L.I., Steindal, K., Vinje, T., Fevang, J.M., 2008a. The Norwegian Hip Fracture Register: experiences after the first 2 years and 15,576 reported operations. Acta Orthop. –79 (5), – P.583–593.

М.Н.ДЖАКСЫБАЕВ, М.О.ЖҰМАҒУЛОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

ҚАНТ ДИАБЕТИ БАР НАУҚАСТАРДАҒЫ ІРІ БУЫНДАР ЭНДОПРОТЕЗДЕЛУІ

Түйін: Бұл жұмыста Алматы қ. №4 ҚКА-на қант диабетімен ауырған науқастардың ірі буындарын эндопротездеу нәтижесі көрсетілген.

Түйінді сөздер: Қант диабеті, эндопротездеу, егде науқастар, сапалы өмір сүру, ортан жілік сынұлары, зерттеулер

M.N.JAXYBAYEV, M.O.ZHUMAGULOV

*Asfendiyarov Kazakh national medical university,
Department of traumatology and orthopaedy, City Clinical Hospital #4*

REPLACEMENT OF LARGE JOINTS IN PATIENTS WITH DIABETES

Resume: In this paper the analysis of replacement of large joints in patients suffering from diabetes admitted to City Clinic Hospital #4 Almaty.

Key words: Endoprosthesis, diabete, elderly patients, quality of life, hip fracture, study

М.Н. Джаксыбаев, Ж.Оразхан, Е.Н. Нурлыбекова, А.А. Ушуров, Г.Б. Махамбетов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,

кафедра травматологии и ортопедии

Городская клиническая больница №4 г. Алматы

АНАЛИЗ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ПОВОДУ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

УДК 616.728.2-277.089.15-16

Актуальность темы. Дисплазия тазобедренного сустава – врожденная деформация, которая характеризуется порочной ориентацией и уменьшением площади соприкасающихся поверхностей компонентов сустава и является основной причиной примерно 76% всех случаев коксартроза. Врожденный вывих тазобедренных суставов, являясь тяжелым пороком развития, занимает одно из первых мест среди всех врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата, продолжая оставаться актуальной проблемой современной ортопедии [1]. Нестабильность тазобедренного сустава диспластического генеза (подвывих и вывих бедра) имеет тенденцию к прогрессированию и является одной из главных причин развития деформирующего коксартроза у подростков и взрослых с последующей инвалидизацией, что обуславливает актуальность лечения таких больных сразу после выявления заболевания [2]. Согласно данным ряда авторов, около 40% артрозов тазобедренного сустава у взрослых является следствием не вылеченных в детстве нарушений развития [4].

В настоящее время принятая тактика хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей 1 года – 2,5 лет предусматривает выполнение открытого вправления бедра в самостоятельном варианте. Частота последующих хирургических вмешательств – корригирующих околосуставных остеотомий таза и бедра, направленных на стабилизацию сустава, составляет до 80%.

Развитию дисплазии способствуют ягодичное предлежание, женский пол плода, статус первенца, семейная предрасположенность, гормональные факторы, раса. Так, в 80% случаев дисплазия выявляется у девочек, что можно объяснить действием дополнительных эстрогенов, продуцируемых плодом женского пола, что усиливает расслабление связочного аппарата. Левое бедро поражается в три раза чаще, чем

В статье представлен анализ эндопротезирования по поводу дисплазии тазобедренного сустава больных, находившихся в отделении ортопедии и эндопротезирования ГКБ №4 г. Алматы в возрасте от 18 до 66 лет.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, эндопротезирование, диспластический коксартроз, шкала Харриса

правое, а двусторонняя дисплазия наблюдается в 20–25% случаев [6, 7, 8].

В настоящее время наиболее эффективным среди оперативных методов лечения заболеваний тазобедренного сустава является эндопротезирование

В Казахстане, как и во всем мире, растет число операций по замене крупных суставов. В Республике Казахстан ежегодная потребность в эндопротезировании тазобедренного (ТБ) и коленного суставов составляет около 24 500 операций в год.

В ГКБ №4 г. Алматы ежегодно проводится более 1000 операций по эндопротезированию крупных суставов, и это составляет около 30% всех операций подобного рода в РК.

Анализ литературных источников, посвященных вопросу лечения высокого врожденного вывиха бедра, особенно у взрослых, показал недостаточную изученность данной проблемы [3, 5].

Цель исследования. Анализ проведенных операций эндопротезирования по поводу дисплазии тазобедренного сустава больных, поступивших в ГКБ №4 за 2015г.

Материалы и методы исследования. Нами были изучены архивные материалы (истории болезни) за 2015 год на базе ГКБ №4, выявили результаты лечения 26 пациентов (20 женщин, 6 мужчин), возрасте от 18 до 66 лет находившимися на стационарном лечении, у которых были диагностированы диспластический коксартроз

тазобедренного сустава и асептический некроз головки бедренной кости.

По поводу диспластического коксартроза оперировано 25 пациента, с асептическим некрозом головки бедренной кости было 1 человек. Все пациенты жаловались на боли в области тазобедренного сустава, ограничение движений из-за боли, хромоту и разной степени укорочения конечности.

По возрастам мы разделили их на группы: от 18-35 лет – 11 (42,7%) больных, 36-45 лет – 7

(26,6%) больных, 46-55 лет – 2 (7,6%) больных, 56-66 лет – 6 (23,1%) больных (Таблица 1).

Как видно из Таблицы 1, одной из особенностей является эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе, возрастные категории больных – сравнительно молодой возраст. Средний возраст больных, которым проведено эндопротезирование по поводу остеоартроза крупных суставов, составляет 60 лет.

На рисунке 1 представлено распределение пациентов по степени дисплазии.

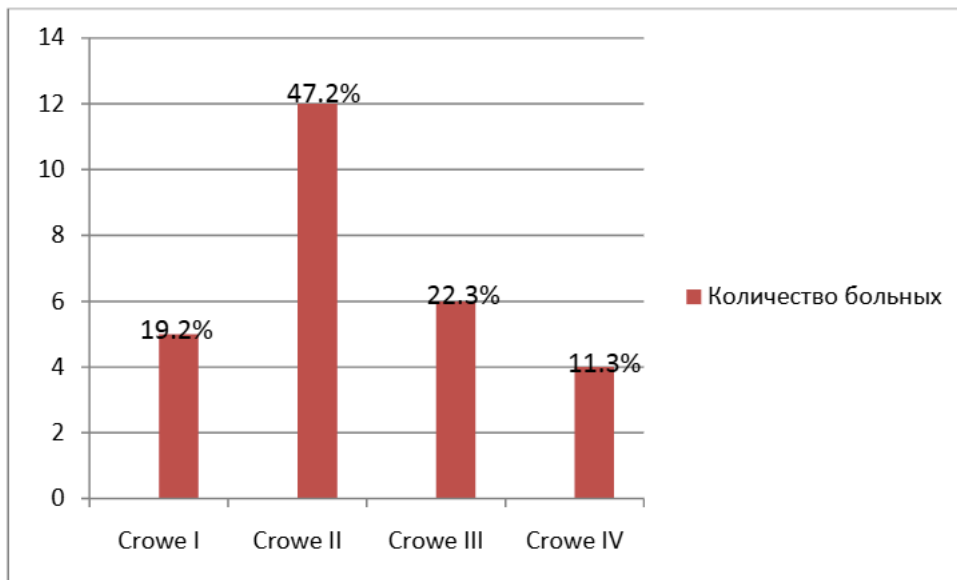


Рисунок 1 - График количества больных.

В послеоперационном периоде клиническая оценка результатов лечения проводилась по оценочной шкале Харриса для тазобедренного сустава (Harris Evaluation System of the Hip). Данный способ позволяет оценить исходы после артропластики тазобедренного сустава. Система Харриса предполагает оценку 4 категорий: боль, функция, деформация, амплитуда движений. По каждой категории набирается определенное

количество баллов. Максимальное число баллов равно 100. Сумма баллов от 100 до 90 оценивается как отличная функция сустава, от 89 до 80 — как хорошая, от 79 до 70 — как удовлетворительная и менее 70 — как неудовлетворительная [6].

До операции более 70 баллов ($73,3 \pm 2,3$) выявлено только у 3 (2,4%) больных, у 23 (97,6%) пациентов функциональные результаты были плохими ($51,9 \pm 11,6$).

У пациентов с I степенью дисплазии по классификации JF Crowe (1979) хорошие результаты (средний балл по шкале Харриса $89 \pm 2,1$)

достигнуты в 89,7% наблюдений, при II и III степенях - в 85,0% (средний балл $82 \pm 3,9$), а при IV степени - только в 73,6% (средний балл $77 \pm 5,6$).

Таблица 1 – Гендерное распределение у пациентов с I степенью дисплазии.

Пол	мужчины	женщина
18-35 лет	3	8
36-45 лет	2	5
46-55 лет	0	2
56-66 лет	1	5

Также нужно отметить, что из всех оперированных 24 больным, перенесшим в детстве операцию по открытому вправлению бедренной кости и двум пациентам было проведено консервативное лечение. 13 пациентам было выполнено тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава, 12 – правого.

Пациенты направлялись по порталу на оперативное лечение из поликлиник по месту жительства, где проводилось обследование и консервативная терапия. Предоперационное планирование проведено с учетом индивидуальных качеств каждого больного. Для этого получены рентгенограммы ТБ в двух стандартных и аксиальной проекциях для примерки шаблона и выбора модели и размеров имплантата.

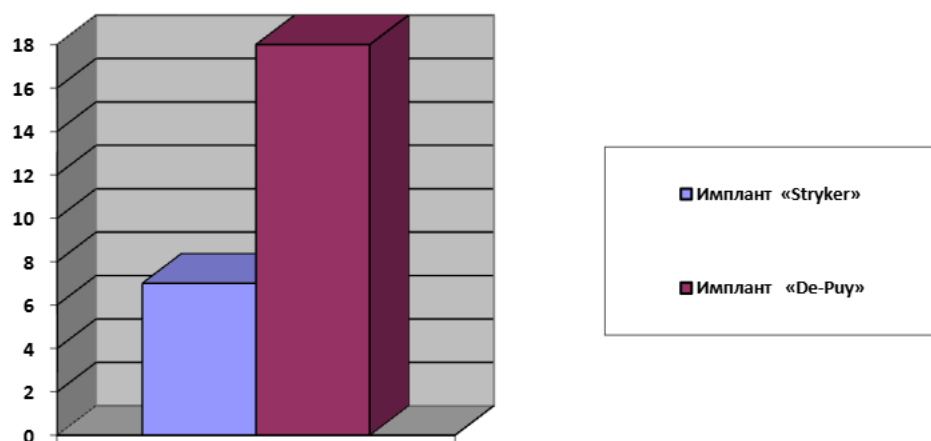
При невозможности привести головку бедренной кости на уровень вертлужной впадины тазовой

кости в зависимости от анатомического перестройки мышечных, нервно-сосудистых элементов, то производится метод эндопротезирования с остеотомией проксимального конца бедренной кости. Обычно при укорочении более 5 см.

При планировании операции необходимо продумать два основных момента: как низвести бедренную кость до необходимого уровня, чтобы не возникли проблемы с вправлением головки в вертлужную чашку, и восстановить длину конечности.

Операции проведены под общим наркозом.

В основном операции заключались в тотальном цементном и бесцементном эндопротезировании ТБС с имплантом «Де пью» (18 человек) и протезом «Страйкер» (7 человек).



Клинический пример.

Больной К., 34 лет поступил на лечение в ГКБ №4 в отделение эндопротезирования с диагнозом Диспластический коксартроз левого тазобедренного сустава III-IV степени. Болевой синдром слева. Смешанная контрактура левого тазобедренного сустава. При поступлении: жалобы на боли в области левого тазобедренного сустава, ограничение движения из-за боли, хромоту, укорочение на 4-5 см.

Движение в левом тазобедренном суставе ограничено болезненно. Осьевые нагрузки болезненны. укорочение на 4-5 см. Ротационные движения болезненны, сгибание 90° , Разгибание 0° , Отведение 10° . Пульсация – a.dorsalis pedis - четкая с обеих сторон. Чувствительность и движения пальцев обеих стоп не нарушено.

На рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется диспластическая измененная вертлужная впадина, Линии Шентона, Омбердана,

Кальве нарушены. Диспластический коксартроз левого тазобедренного сустава III- IV степени.

С учетом результатов клинико-инструментальных обследований больной проведена операция: эндопротезирование ТБС.

Проведена операция: Тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. Тотальное безцементное эндопротезирование левого тазобедренного сустава имплантом «De-Puy». Бедренный компонент № 12, Ацетабулярный компонент №48, Головка № +8,5-28мм. На контрольной рентгенограмме в прямой проекции: на рентгенографии левого тазобедренного сустава с эндопротезом суставные поверхности конгруэнтны.

Выводы.

- 1) Таким образом, оперативное лечение взрослых больных с врожденным вывихом бедра является актуальной проблемой восстановительной ортопедии.
- 2) Большинство больные в детстве перенесли операцию по открытому вправлению бедренной кости.
- 3) Эндопротезирование при дисплазии тазобедренного сустава в основном проводится относительно в молодом возрасте.
- 4) Необходимо операцию таким больным проводить в специализированных клиниках с современным оснащением для эндопротезирования тазобедренного сустава. Требуют особого подхода для выбора простого или ревизионных эндопротезов. Этим больным требуются дальнейшая реабилитационное лечение и наблюдение для восстановления функций конечности.
- 5) Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе является эффективной операцией, позволяющей добиться у 87,1% больных стойкого исчезновения болевого синдрома и хорошего функционального результата лечения (средний балл по шкале Харриса $85 \pm 4,7$).
- 6) Характер выполняемых операций и отдаленные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при его дисплазии во многом определяются степенью ее выраженности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шапиро К.И. Частота поражений крупных суставов у взрослых.// Диагностика и лечение повреждений крупных суставов. – СПб.: 1991. – С.3-5.
- 2 Ю. Г.Шапочников. Руководство по травматологии и ортопедии. – М.: 1997. – С.50-55.
- 3 Н.Х. Бахтеева, А. Ф. Краснов, И. А. Норкин, В. А. Винокуров. Профилактика развития коксартроза у детей и подростков с патологией тазобедренного сустава. – Саратов: Новый ветер, 2005. – С. 28-30.
- 4 А. А. Надеев. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава. – М.: Москва-Бином, 2004. – 239 с.
- 5 Р.М. Тихилов Травматология и ортопедия России. 2006. – №4 (42). – С.7-14.
- 6 Harris W.H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment of mold arthroplasty // J. Bone Jt Surg. — 1969. — Vol. 54A. — P. 61-76.
- 7 Е.А Волокитина. Эндопротезирования тазобедренного сустава и Чрезкостный остеосинтез. // Травматологии и ортопедии России. – М.: 2008. – (47). – С.82-88.

М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Ж. ОРАЗХАН, Е.Н.НУРЛЫБЕКОВА, А.А.УШУРОВ, Г.Б.МАХАМБЕТОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана*

ҰРШЫҚ БУЫН ДИСПЛАЗИЯСЫНЫҢ КЕЗІНДЕ ЭНДОПРОТЕЗДЕУ ОТАСЫНА ТАЛДАУ

Түйін: Бұл мақалада Алматы қ. №4 қалалық клиникалық ауруханасының эндопротездеу бөлімшесінде, 2015 жылы 18-66 жас аралығындағы науқастардың ұршық буын дисплазиясы эндопротездеу отасының талдауы жасалған.

Түйінді сөздер: ұршық буын, эндопротездеу, диспластикалық коксартроз, Харрис шкаласы

M.N. JAXYBAYEV, ZH.ORAZKHAN, E.N. NURLYBEKOVA, A.A. USHUROV, G.B MACHAMBETOV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

ANALYSIS OF THE ENDOPROSTHESIS OF THE PATIENTS WITH DYSPLASIA

Resume: The article presents an analysis of arthroplasty about hip dysplasia, the patient is in the department of orthopedics and endoprosthesis CCH №4 Almaty in age from 18 to 66 years.

Keywords: hip joint arthroplasty, dysplastic coxarthrosis, Harris scale

Б.А. Жанкин, М.Н. Джаксыбаев, М.О. Жумагулов, Р.Р. Ни
 Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
 кафедра травматологии и ортопедии
 Городская клиническая больница №4 г. Алматы

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

УДК 616.728.48/.75:616-073.75

В

большом числе случаев очень трудно на основании клинических данных произвести дифференциальную диагностику между:

- 1) Повреждение связок;
- 2) Изолированным переломом лодыжек;
- 3) Пронационными переломами лодыжек.

При пронационных же повреждениях голеностопного сустава часто имеет место сочетание перелома лодыжек и связочного аппарата, а повреждение связок не всегда распознается, так как при всех этих повреждениях наличие большого отека и выраженные подкожные гематомы маскируют подвывих стопы и типичные смещения фрагментов, характерные для различных типов переломов. Поэтому рентгенографический метод обследования приобретает значение не только предварительного, но и окончательного заключения о:

- 1) Характере повреждения (направлении линии перелома, смещением фрагментов,
- 2) наличием или отсутствием подвывиха и вывиха стопы,
- 3) наличием диастаза в межберцовом сочленении позволит, на наш взгляд, косвенно определить повреждение связок дельтовидной и связок дельтовидной и связок нижнего межберцового синдесмоза).

Суть этого признака проста, она заключается в увеличении расстояния между внутренней лодыжкой или ее основанием (при ее переломе) и внутренней поверхностью таранной кости на прямой рентгенограмме голеностопного сустава.

При целостности внутренней лодыжки – это абсолютный признак повреждения дельтовидной связки и относительный признак повреждения связок нижнего межберцового синдесмоза. (2)

Относительность определяется уровнем перелома межберцовой кости и уровнем перелома наружной лодыжки, а именно:

- 1) При переломе наружной лодыжки ниже суставной щели, связки синдесмоза никогда не повреждаются.

В настоящее время проблема диагностики и лечения повреждения голеностопного сустава является актуальной вследствие увеличивающегося роста травматизма, а также осложнений, возникающих после реабилитации больных с данной патологией. Нами проведен анализ косвенных рентгенологических признаков, указывающих повреждения голеностопного сустава.

Ключевые слова: дистальный синдесмоз, повреждения голеностопного сустава, переломом лодыжек, рентген-исследования

- 2) При переломе наружной лодыжки на уровне суставной щели и несколько выше ее (чрезсиндесмозный перелом наружной лодыжки) – связки синдесмоза повреждаются часто (в 50% случаев).

- 3) При переломе малоберцовой кости выше суставной щели, а точнее выше верхушки малоберцовой кости на 6-7 см (перелом Дюпюитрена) и выше 8 см (перелом Мезонева) – связки синдесмоза всегда повреждаются.

- 4) В случае, когда обе лодыжки целые, но имеется подвывих стопы кнаружи, то при этом обязательно имеется повреждение и дельтавидной связки и связок межберцового синдесмоза (абсолютный признак повреждения обеих этих связок)

- 5) Наконец, если нет перелома наружной лодыжки, а щель между основанием сломанной внутренней лодыжки и таранной костью расширена (т.е. имеется подвывих стопы кнаружи), то это свидетельствует о повреждении связок синдесмоза (тоже абсолютный признак).

При этом имеет место или перелом внутренней лодыжки или повреждение ее аналога – дельтовидной связки, они являются «сторожем» синдесмоза.

Известно, что при варусной установке стопы всегда устраняется подвывих стопы кнаружи, т.е. исключаются увеличение щели между внутренней лодыжкой или ее основанием (при переломе) и таранной костью.

Исходя из этого, следует во всех случаях повреждений области голеностопного сустава при пронационных переломах придавать варусное положение стопе и при репозиции и для удержания отломков во вправленном (ретенция) положении.

Известно также, что частичные разрывы синдесмоза ведут к ротационной нестабильности стопы, а полное – к пронационно-супинационной нестабильности. Этим объясняется, прежде всего, довольно частая возможность от 13 до 30% вторичных смещений в гипсовой повязке.(1)

Надежной профилактикой подобного осложнения является гипсовая повязка после репозиции до средней трети бедра при сгибании коленного сустава в среднефизиологическом положении (под углом 140°).

Гипсовая повязка до коленного сустава не может предотвратить ротационного смещения (ротационная нестабильность). Пронационная же нестабильность устраняется варусной установкой стопы. Кроме того, варусная установка стопы уменьшая расстояние между таранной костью и основанием внутренней лодыжки исключает расхождение синдесмоза, предупреждает вторичный диастаз.

В итоге, высокая гипсовая повязка и варусная установка стопы в биомеханическом отношении взаимодополняя друг друга, обеспечивают при пронационных переломах плотный контакт и стабильную фиксацию отломков.

Какая необходимость пользоваться косвенным рентгенологическим симптомом повреждения связок голеностопного сустава? Прежде всего потому, что клинический, визуальный метод из-за известных причин не во всех случаях дает возможность установить повреждение связок.

Может так же возникнуть следующий вопрос: почему же нельзя использовать прямой признак – указывающий на расхождение вилки

голеностопного сустава, когда исчезает типичная тень треугольника, образующегося в результате наложения берцовых костей.

Во - первых, существует так называемый вариант нормы, когда нет глубокого внедрения малоберцовой кости в вырезку большеберцовой кости – и вилка кажется разошедшейся.

Во – вторых, расхождение синдесмоза самопроизвольно может устраниться при оказании первой помощи или при первом осмотре больного. Подвывих же стопы кнаружи или увеличение расстояния между основанием внутренней лодыжки и таранной костью остается устойчивым и нередко трудно устранимым.

Как уже было сказано, увеличение расстояния между внутренней лодыжкой и таранной костью при условии целостности внутренней лодыжки есть прямой (абсолютный) признак повреждения дельтавидной связки. И пока цела внутренняя лодыжка и дельтовидная связка, это расстояние никогда не увеличивается. (3) Это вполне согласуется с положением, высказанным Close (1956): «До тех пор, пока сохраняется внутренняя лодыжка или дельтавидная связка, никакое насилие не может привести к разрыву синдесмоза».

Л.И. Крупко считает, что ни в одном случае разрыв синдесмоза не является единственным проявлением травмы, так как дельтовидная связка предохраняет синдесмоз от разрыва, является сторожем синдесмоза. (1)

По У.Джонсу: «Разрыв дельтавидной связки сопровождается потенциальным и действительным подвывихом таранной кости кнаружи».

Это подтверждает наше положение о том, что подвывих стопы кнаружи при пронационных переломах дает основание косвенно определить повреждение связок голеностопного сустава, которые срастаются медленнее и хуже чем лодыжки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 И. Л. Крупко, Ю. И. Глебов Переломы области голеностопного сустава и их лечение. – Л.: Медицина, 1972. – 91 с.
- 2 Котельников Г. П., Миронов С.П, Мирошниченко В.Ф. Травматология и ортопедия. – М.: 2006. – 176 с.
- 3 Трубников В.П. Травматология и ортопедия. – СПб.: 1971. – 111 с.
- 4 Сорокин А.А. Тактика хирургического лечения вывихов акромиального конца ключицы. – М.: 2008. – 203 с.

Б.А. ЖАНКИН, М.Н.ДЖАҚСЫБАЕВ, М.О.ЖУМАГУЛОВ, Р.Р.НИ
*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы*

АЯҚ БАСЫ БАЙЛАМДАРЫНЫҢ ЗАҚЫМДАЛУЫНА ТӘН РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ СИМПТОМДАР

Түйін: Бұл жұмыста аяқбасы байламдарының зақымдалуы индикативті жанама рентгенологиялық белгілері талданады.

Түйінді сөздер: дистальді syndesmosis, тобық жарақаттар, тобық сынықтар, рентген зерттеулер.

B.A. JANKIN, M.N. JAXYBAYEV, M.O. JUMAGULOV, R.R. NY
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Traumatology and orthopedics department*

RADIOGRAPHICALLY SYMPTOM INDICATES DAMAGE TO THE ANKLE LIGAMENTS

Resume: This time the problem of diagnosis and treatment of ankle joint injury is an actual injury as a result of increasing growth, as well as complications arising after the rehabilitation of patients with this pathology. We analyzed the indirect radiological signs indicative of damage to the ankle.

Keywords: distal syndesmosis, ankle injuries, ankle fractures, X-ray studies.

Б.А. Жанкин, С.С.Альходжаев, М.Н.Джаксыбаев, Б.Б.Толаматов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

УДК 616.71-018.46-002-036.12-078.73

Изучение клиники и состояния иммунитета у больных хроническим остеомиелитом выявило наличие иммунологического дисбаланса, который характеризуется количественно-функциональными изменениями со стороны CD4+ и CD8+ лимфоцитов, снижением содержания CD3+ лимфоцитов, отсутствием ожидаемого повышения В-лимфоцитов и снижением бактерицидной активности нейтрофилов [87]. Учитывая наблюдаемые иммунологические нарушения у больных с гнойными заболеваниями костей и суставов, изменение противoinфекционной резистентности и появление значительного количества антибиотикоустойчивых форм возбудителей, применение иммунотерапии в комплексном лечении указанного контингента больных вполне обосновано.

Ронколейкин® применяют в комплексном лечении хронических остеомиелитов различной этиологии с 1997 г. в Санкт-Петербургском государственном университете им. акад. И.П.Павлова и Государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова.

В клиническом исследовании 1997-1999 гг., проведенным В.В.Хайминым с соавт. в Государственной медицинской академии им. И.И.Мечникова, с целью коррекции иммунного статуса был использован Ронколейкин® у 55 больных гематогенным и посттравматическим остеомиелитом с длительностью заболевания от 1 года до 29 лет. Препарат вводили в/в по 0,5 мг за 1 день до операции и на 2-е и 3-е сутки после операции. В результате лечения отмечено достоверное возрастание абсолютного и относительного количества лимфоцитов. Практически у всех больных на фоне улучшения и стабилизации общего состояния отмечено исчезновение очагов остеомиелита и первичное заживление ран. [113]

Эффективность Ронколейкина® при хроническом посттравматическом остеомиелите была оценена в рандомизированном сравнительном клиническом исследовании 2010-2014 гг. Т.Ж.Султанбаевым, Г.М.Курмановой и Б.А.Жанкиным в Казахском

Хронический остеомиелит – социально значимое осложнение у больных, перенесших оперативные вмешательства после перенесенных травм опорно-двигательного аппарата. В данной статье акцентируется внимание на иммунологических нарушениях у больных с костно-гнойными процессами. Цель исследования: провести анализ и доказать эффективность применения иммунотерапии с использованием Ронколейкина

Ключевые слова: хронический остеомиелит, иммунотерапия, Ронколейкин

национальном медицинском университете им. С.Д.Асфендиярова [25, 41]. Под наблюдением находилось 46 пациентов с посттравматическим остеомиелитом, который сформировался после открытых переломов и после операции по поводу закрытого перелома (остеосинтез). 20 больных составили основную группу, 26 – контрольную. Обе группы были сопоставимы по характеру травмы, характеру и длительности костно-гнойного процесса, а также возрасту и полу. В комплекс лечебных мероприятий у всех больных входило антибактериальное, дезинтоксикационное и хирургическое лечение. Пациенты основной группы дополнительно получали Ронколейкин® в/в по 0,5 мг 2-3 раза: за 1 сутки до операции и на 2-е и при необходимости на 3-и сутки после операции. В результате включения Ронколейкина® в комплексное лечение больных с посттравматическим остеомиелитом нормализовались показатели клеточного иммунитета (CD3+, CD4+, CD8+), в 2,8 раза выросло количество клеток, несущих рецептор к ИЛ-2, увеличилось количество клеток с Fas-рецептором. Цитокинотерапия Ронколейкином® значительно улучшила результаты лечения, способствуя ликвидации костно-гнойного процесса у 95% больных и ускорению заживления послеоперационной раны, в среднем, на 7 дней (таблица 20).

Таблица 1 - Влияние Ронколейкина® на заживление послеоперационной раны у больных хроническим остеомиелитом [Б.А.Жанкин 2014]

Группа	Заживление послеоперационной раны у больных		Средние сроки заживления
	Первичным натяжением	Вторичным натяжением	
Основная (Ронколейкин) n=20	75% (15/20)	24% (6/26)	Через 14,5 дней
Контрольная n=26	25% (5/20)	76% (20/26)	Через 21,5 дней

Таким образом, восстановление содержания иммунокомпетентных клеток и их функциональной активности после цитокинотерапии Ронколейкином® способствовало более благоприятному течению послеоперационного периода, ускорению процессов заживления

послеоперационной раны, полному купированию костно-гнойного процесса и консолидации переломов. Указанная схема применения может быть также использована для профилактики гнойно-воспалительных осложнений при переломах и ортопедических операциях [41].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Жанкин Б.А. Клинико-иммунологическая характеристика хронического остеомиелита и его иммунокоррекция.: автореф. дис. ... канд. мед. - Алматы, 2004. - 26 с.
- 2 Курманова Г.М. Т.Ж.Султанбаев, Б.А.Жанкин Ронколейкин в комплексном лечении хронического остеомиелита.– Алматы: Достижения молодых, 2014. – 16 с.
- 3 А.В.Рак, Г.Д.Никитин, С.А.Линник и др Остеомиелит таза, остеоартрит тазобедренного сустава и их ортопедические последствия. Хирургическое лечение. – СПб.: 2007. – 504 с.
- 4 Хаймин В.В. Применение ронколейкина в комплексном лечении больных с хроническими гнойными заболеваниями костей и суставов // «Человек и лекарство». – М.: 2005. – С.484.

Б.А. ЖАНКИН, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Б.Б.ТОЛАМАТОВ
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Травматология және ортопедия кафедрасы

СОЗЫЛМАЛЫ ОСТЕОМИЕЛИТ

Түйін: Созылмалы остеомиелит - тірек-қимыл жүйесінің зақымданған кейін ота жасатың науқастарда әлеуметтік маңызы асқынулардың бірі. Бұл зерттеуде басты назарда сүйек-іріңді процестер бар науқастарда иммунологиялық бұзылыстардың болуы. Мақсаты: Ронколейкин пайдаланып иммунотерапияның тиімділігін талдау және дәлелдеу.

Түйінді сөздер: созылмалы остеомиелит, иммунотерапия, Ронколейкин.

B.A.JANKIN, S.S.ALHODJAYEV, M.N. JAXYBAYEV, B.B. TOLAMATOV
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Traumatology and orthopedics department

CHRONIC OSTEOMYELITIS

Resume: Chronic osteomyelitis - socially significant complication of patients who underwent surgery after injuries of the musculoskeletal system. This article focuses attention on the immunological disorders in patients with bone-purulent processes. Purpose: to analyze and prove the effectiveness of immunotherapy using Roncoleukin

Keywords: chronic osteomyelitis, immunotherapy, Roncoleukin

**В.А. Селиванов, М.О. Жумагулов, Е.Ж. Омирзак, И.В. Кравченко,
Р.М. Токушев, Б.Т. Абдалиев**

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии*

Городская клиническая больница №4 г. Алматы, отделение острой травмы

ЗАДНИЙ ЗАСТАРЕЛЫЙ ДВУСТОРОННИЙ ВЫВИХ ПЛЕЧА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 617.572-001.6-092-071.3

В

ведение: Задний вывих плеча составляет малую, но важную группу патологии плечевого сустава и составляет 1-5% всех вывихов плеча.

Двусторонний задний вывих плеча встречается еще реже.

Основная часть задних вывихов связана с высокоэнергетической травмой, эпилептическими припадками, электротравмой, травмами, полученными в состоянии алкогольного опьянения. Задний вывих может произойти при приложении аксиально направленной силы, когда рука находится в положении внутренней ротации, приведении и сгибания; во время эпилептического припадка вывих происходит за счет устойчивого сокращения внутренних ротаторов, которые преодолевают группу более слабых наружных ротаторов.

Неправильная диагностика достигает 50-79%, обычно по причине недостаточно критического осмотра пациента и неправильной рентгенодиагностики или недостаточного опыта врача в чтении рентгеновских снимков.

Выбор метода лечения при заднем вывихе является сложной задачей. Выбор оперативного метода варьируется и зависит от размера дефекта головки плеча, степени нестабильности, длительности вывиха и уровня активности пациента. Хирургические опции включают перемещение сухожилия подлопаточной мышцы по МакЛафлину, перемещение малого бугорка, восстановление обратного повреждения Банкарта, дезимпакцию кости с аутопластикой дефекта, биполярное и тотальное эндопротезирование плечевого сустава.

Данная статья представляет клинический случай успешного лечения пациента с двусторонним

В статье представлен клинический случай заднего двустороннего вывиха плеча, который является редкой патологией и одной из наиболее часто неправильно диагностируемой травмой крупных суставов. Произведен анализ литературы по диагностике и лечению данной патологии

Ключевые слова: вывих, плечо, двусторонний, операция, МакЛафлин

застарелым задним вывихом плеча при помощи операции МакЛафлина.

Клинический случай. Мужчина 46 лет поступил в больницу с жалобами на умеренные боли, ограничение движений в обоих плечевых суставах после алкогольного опьянения за 4 месяца до поступления. При осмотре отмечалось изменение нормальных контуров плечевых суставов, оба сустава спереди выглядели уплощенно с резко выступающими акромиальным и клювовидными отростками. Обе верхние конечности находились в положении внутренней ротации; наружная ротация была невозможна. Сгибание в плечевых суставах 90°, отведение 35°, отсутствие наружной ротации и невозможность произвести супинацию предплечий билатерально. Нейроциркуляторных нарушений не выявлено; нормальная моторная функция обеих рук и кистей. В анамнезе отсутствовали случаи предыдущих травм области плечевого сустава или других сопутствующих заболеваний.

На прямой и аксиальной рентгенограммах плечевых суставов - потеря линии конгруэнтности плечевых суставов, положение головок в вывихе с обратным повреждением Хилл-Сакса и дефектом головки плечевых костей с двух сторон (Рисунок 1).

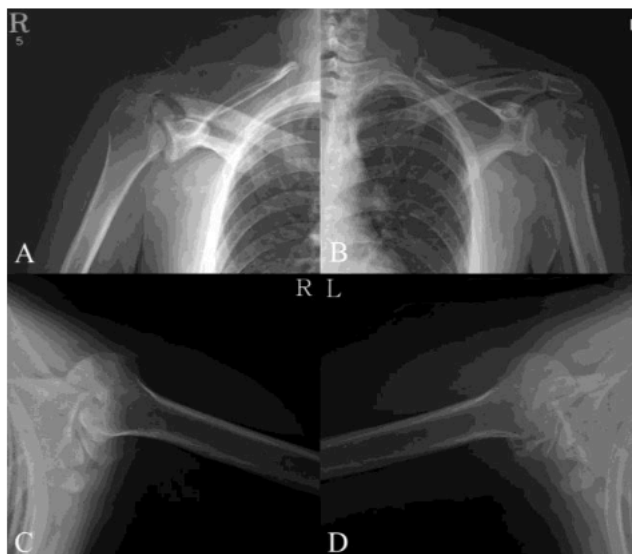


Рисунок 1 - Рентгенограммах плечевых суставов

Предоперационные снимки правого (А) и левого (В) суставов в прямой проекции; аксилярные снимки правого (С) и левого (D) плечевых суставов подтверждают диагноз двустороннего заднего вывиха плеча

Размеры повреждения Хилл-Сакса были измерены при помощи КТ и выражены в процентном

соотношении к поверхности головок плечевых костей как 30% справа и 40% слева. Также на серии КТ снимков было выявлено билатеральное обратное костное повреждение Банкарта и консолидированный в порочном положении перелом малого бугорка левой плечевой кости (Рисунок 2).

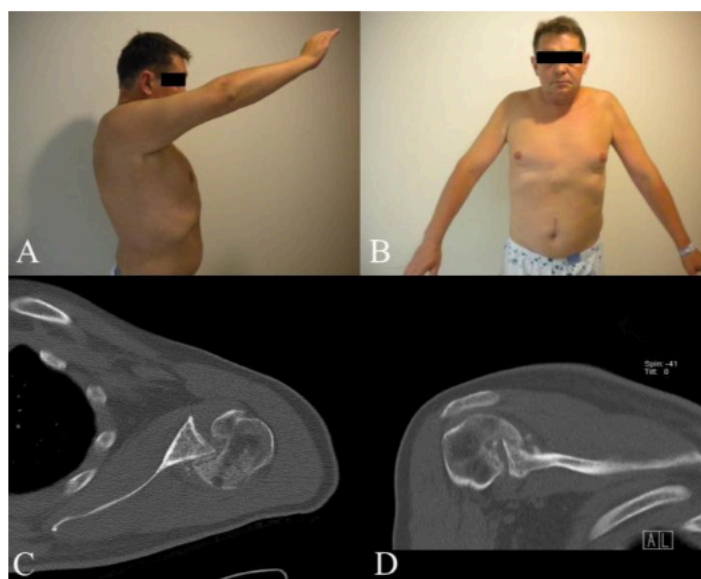


Рисунок 2 - Билатеральное обратное костное повреждение Банкарта

Изображения, показывающие сгибание (А) и отведение (b) обеих рук в положении вынужденной внутренней ротации. КТ левого (С) и правого (D) плечевых суставов, выявляющие обратное повреждение Хилл-Сакса и консолидированного в порочном положении перелома малого бугорка слева

После информирования пациента о возможных рисках, осложнениях и предполагаемых результатах пациенту было предложено оперативное лечение.

Под общей анестезией в положении шезлонга одномоментно с двух сторон была выполнена операция по МакЛафлину. Выполнен стандартный дельтопекторальный доступ, идентифицирован мышечно-сухожильный переход подлопаточной мышцы, прошит нерассасывающимся шовным материалом №2, пересечен на расстоянии 1 см от места прикрепления, выполнена капсулотомия. Для вправления вывиха использованы элеваторы, мягкими маневрами выполнено вправление с профилактикой дальнейшего увеличения дефекта

головки. При ревизии слева был выявлен неправильно консолидированный перелом малого бугорка. После тщательного удаления костного и хрящевого дебриса, сустав тщательно промыт. Два 5-мм якоря (Super Revo FT Suture Anchor с двумя #2 Hi-Fi Sutures) введены в область дна дефекта. Выполнено перемещение и фиксация на дно дефекта подлопаточной мышцы. Интраоперационно произведено тестирование стабильности суставов под прямым осмотром и под контролем ЭОПа в крайних положениях конечности. Рана послойна зашита, с установкой дренажа.

В послеоперационном периоде суставы были иммобилизованы при помощи брейсов в положении наружной ротации на 6 недель. Через указанный период пациент начал проходить курс ЛФК с пассивной, активной разработкой плечевых

суставов, укреплением мышц группы вращательной манжеты. Через 12 недель пациент вернулся к привычному образу жизни.

Через 4 месяца после операции на контрольном МРТ выявлены участки асептического некроза головок плечевых костей билатерально, которые, однако, протекали бессимптомно и в дальнейшем не привели к каким либо нежелательным последствиям.

На контрольном осмотре через 4 года после оперативного вмешательства, пациент не отмечал болевого синдрома и ограничений объема движений плечевых суставов. Не было случаев повторных вывихов. Рентгенснимки и серии МРТ подтвердили хорошие клинические результаты и стабильность суставов. Хотя участки некроза по прежнему были, клинически они никак не проявлялись (Рисунок 3).

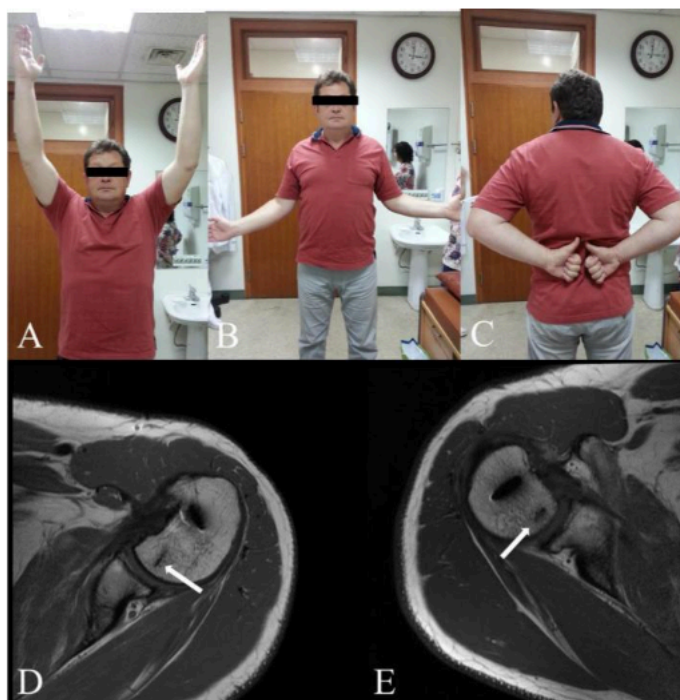


Рисунок 3 - Рентгенснимки и серии МРТ

Функциональные результаты через 4 года после операции: сгибание (А), наружная ротация (В) и внутренняя ротация (С). МРТ снимки в Т2 режиме левого (Д) и правого (Е) плечевых суставов с нормальным уровнем сигнала, означающие жизнеспособность оставшихся участков асептического некроза головок (Стрелки)

Дискуссия: Задний вывих плеча является редкой патологией. Редкость, механизм и высокая частота неправильной постановки диагноза двустороннего заднего вывиха плеча хорошо освещены в литературе. По причинам, описанным выше, Мак Лафлин назвал данную патологию диагностической ловушкой.

Постановка диагноза заднего вывиха длится от часов до недель, вплоть до месяцев, что может привести к худшему результату.

Классические симптомы заднего вывиха впервые описаны Купером: увеличение объема задней поверхности плечевого сустава с одновременным выступанием клювовидного отростка; уплощение передней поверхности плечевого сустава; уменьшение или полное отсутствие наружной ротации с рукой, находящейся во внутренней ротации; лимитированное сгибание в области плечевого сустава (обычно <math><90^\circ</math>).

Диагноз обычно подтверждается при помощи стандартных рентгеновских снимков, наиболее важная проекция из которых - аксиллярная, которая,

однако, может быть тяжело достижимым за счет болевого синдрома и ограниченного объема движений. КТ необходимо для оценки дефекта головки плечевой кости и ассоциированными переломами бугорков, хирургической шейки и суставной поверхности лопатки.

Как только диагноз выставлен, метод оперативного лечения должен быть индивидуально подобран, в зависимости от размера дефекта, давности вывиха, возраста и уровня активности пациента. Перемещение подлопаточной мышцы, ротирующая остеотомия плеча, костная алло- и аутопластика рекомендуется при средних (25-40% суставной поверхности) или больших (более 40% суставной поверхности) дефектах в случаях когда суставная поверхность импрессирована, но не разрушена. Биполярное эндопротезирование предполагается при импрессионных переломах, захватывающих более 50% суставной поверхности

или в случае, когда головка плечевой кости мягкая и нежизнеспособная.

Хотя в случае костного дефекта 25-40% от суставной поверхности головки плечевой кости, операцией выбора являются костная ауто- или аллопластика или перемещение подлопаточной мышцы или малого бугорка, в случаях застарелого вывиха нет общего стандарта лечения. Поэтому, принимая во внимание все критерии и виды лечения заднего вывиха, была выбрана операция МакЛафлина как наиболее подходящий, в данном случае, метод лечения.

Заключение: Задний вывих плеча является сложной диагностической задачей для врача. Травматологи должны быть хорошо осведомлены о данной патологии, так как постановка неправильного диагноза может привести к осложнениям, таким как остеоартроз, асептический некроз, привычный вывих плеча.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Paul, J., et al., Posterior shoulder dislocation: systematic review and treatment algorithm // *Arthroscopy*, 2011. – № 27(11). – P. 1562-72.
- 2 Blasier, R.B. and J.K. Burkus, Management of posterior fracture-dislocations of the shoulder // *Clin Orthop Relat Res*, 1988. – 232. – P. 197-204.
- 3 Cheng, S.L., M.B. Mackay, and R.R. Richards Treatment of locked posterior fracture-dislocations of the shoulder by total shoulder arthroplasty // *Shoulder Elbow Surg.* 1997. – № 6(1). – P. 7-11.
- 4 Gerber, C. and S.M. Lambert, Allograft reconstruction of segmental defects of the humeral head for the treatment of chronic locked posterior dislocation of the shoulder. // *J Bone Joint Surg Am.* 1996. – №78(3). – P. 376-82.
- 5 Hatzis, N., et al., The often overlooked posterior dislocation of the shoulder. // *Tex Med.* 2001. – №97(11). – P. 62-7.
- 6 Hawkins, R.J., et al., Locked posterior dislocation of the shoulder. // *J Bone Joint Surg Am.* 1987. – №69(1) – P. 9-18.
- 7 Jones, T.P., et al., Your diagnosis? Posterior shoulder dislocation. // *Orthopedics.* 2003. – №26(7). – P. 682, 745-6.
- 8 Kelly, J.P., Fractures complicating electroconvulsive therapy and chronic epilepsy // *J Bone Joint Surg Br.* 1954. – № 36-B(1). – P. 70-9.
- 9 Kokkalis, Z.T., et al., Bilateral neglected posterior fracture-dislocation of the shoulders // *Orthopedics.* 2012. – №35(10). –1537 p.
- 10 Mc, L.H., Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am*, 1952. 24-A-3: p. 584-90.
- 11 Buhler, M. and C. Gerber, Shoulder instability related to epileptic seizures. // *J Shoulder Elbow Surg.* 2002. – №11(4) – P.339-44.
- 12 Loebenberg, M.I. and F. Cuomo, The treatment of chronic anterior and posterior dislocations of the glenohumeral joint and associated articular surface defects // *Orthop Clin North Am.* 2000. – №31(1). – P. 23-34.

В.А. СЕЛИВАНОВ, М.О. ЖҰМАҒҰЛОВ, Е.Ж.ӨМІРЗАҚ, И.В. КРАВЧЕНКО, Р.М. ТОКУШЕВ, Б.Т. АБДАЛИЕВ

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

Травматология және ортопедия кафедрасы,

№4 қалалық клиникалық аурухана

ИЫҚТЫҢ ЕКІ ЖАҚТЫ КЕШЕУІЛДЕГЕН АРТҚА ШЫҒУЫ КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Түйін: Бұл мақалада сирек кездесетін иықтың екі жақты кешеуілдеген артқа шығуы клиникалық жағдай қарастырылған және бұл патологияға байланысты әдеби талдау жасалған.

Түйінді сөздер: шығулар, иық буыны, екі жақты, МакЛафлин

V.A. SELIVANOV, M.O. ZHUMAGULOV, E.ZH. OMYRZAK, I.V. KRAVCHENCO, R.M. TOKUSHEV, B.T. ABDALIEV

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

City Clinical Hospital №4, Acute trauma department

Department of traumatology and orthopedics

BILATERAL CHRONIC LOCKED POSTERIOR SHOULDER DISLOCATION

Resume: Article presents case of posterior shoulder dislocation which is an uncommon injury and one of the most frequently misdiagnosed major joint injures. Literature review of diagnosis making and treatment options was done.

Keywords: shoulder, dislocation, bilateral, McLaughlin procedure

Ю.Х. Зуби, А.К. Килыбаев, Г.Б. Махамбетов

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

АЛДЫҢҒЫ КРЕСТ ТӘРІЗДІ БАЙЛАМ ЖАРАҚАТЫН ЕМДЕУДЕГІ БІЗДІҢ ТӘЖІРИБЕМІЗ

УДК 616-001/.728.3/.75-08

Жұмыстың өзектілігі. Қазіргі таңда көптеген аурулар ішінде сүйек-бұлшық ет аппаратының жарақаттық зақымдануы ауқымды орын алып отыр. Адамдар тізе буынын ең жиі зақымдайды, ол барлық буындар зақымының шамамен 50% құраса, барлық аяқ зақымының 24% дейін құрайды [1].

Байламдар жарақатының кең таралғандарының бірі алдыңғы крест тәрізді байлам жарақаты болып табылады [2], ол тізе буынының тұрақсыздығымен көрініп, кейін [3] буынның дамушы ауыр дегенеративті өзгерістеріне алып келеді [4]. Тізе буынының қызметтен шығуы науқастың өмір сүру сапасының нашарлауына, кәсіби спортшылардың ұзақ уақыт емделуіне және қайта қалпына келуіне, тіпті кәсіби жарамсыздыққа алып келуі мүмкін [5]. Жедел біріккен жарақаттарда ем стратегиясын анықтаудағы тұжырымды түйін- емдеу әдісін таңдау. Бұрындары травматологтар тізе буынының жедел жарақатын консервативті емдеген, бірақ ұзақ уақыт жүргізілген талдау қанағаттанарлықсыз нәтижелердің жоғары пайызын көрсетті [6]. Крест тәрізді байлам жарақатын консервативті емдеген науқастардың көп бөлігіне кейін тізе буынын қалпына келтіру және реконструктивті операциялар жасалған. Науқастар тізе буынындағы тұрақсыздық сезіміне байланысты функционалды белсенділіктерін шектүге мәжбүр болған. Сонымен қатар, қанағаттанарлықсыз нәтижелердің үлкен пайызы ем стратегиясын операция пайдасына өзгертті. Бұндай операцияларда зақымданған тізе буыны байламдарына әр түрлі тігістер салынды [7], бірақ ұзақ уақыт бақылау барысында қанағаттанарлықсыз нәтижелердің жоғары пайызы байқалады. Осыған байланысты зақымдалған крест тәрізді байламдар тігілмейтін болды [8].

Тізе буыны патологиясын емдеу мен анықтауда қолданылатын танымал әдіс – артроскопия техникасы. Бұл әдіс 70-ші жылдары Солтүстік Америка және Еуропа ортопедиялық травматологтары мойындаған болатын [9]. Бүкіл дүниежүзінде тізе буыны жарақатының артроскопиялық диагностикасы мен емінің рөлі өсті, оған дәлел француз Артроскопиялық қоғамының мәліметтері [10] -1994 ж. алдыңғы

Біздің алдыңғы крест тәрізді байлам жарақатын емдеудегі тәжірибемізді бағалау. Жұмыс Алматы қаласындағы №4 ҚКА, С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті травматология, ортопедия және ӘДХ кафедрасында жүргізілді. Зерттеуге 20-40 жас аралығындағы, 2015ж-2016ж. Кезеңіндегі алдыңғы крест тәрізді байламы зақымданған 50 ересек науқас алынған.

Түйінді сөздер: алдыңғы крестобразной байламы, тізе байламдар жарақаттар, қайта, нәтижелер

крест тәрізді байлам реконструкциясы 68% жағдайда артроскопиялық техника арқылы жасалады, содан кейінгі 8 жыл ішінде бұл көрсеткіш 94% дейін жетті. Артроскопия буынішілік құрылымдардың өзара қарым-қатынасын, олардың бүтіндігін бұзбай көруге мүмкіндік беруіне байланысты, буынішілік патологиялардың диагностикасы мен емінде ең қолайлы әдіс болып есептеледі.

Алдыңғы крест тәрізді байлам реконструкцияның артроскопиялық әдісінің негізгі сұрағы бекіту (фиксация) түрін таңдау. Қазіргі таңда алдыңғы крест тәрізді байламды трансплантатпен бекітуге арналған көптеген имплантаттардың түрі бар. Сонымен қатар трансплантаттың түріне байланысты әр түрлі бекіту әдістерінің артықшылығы туралы анық ақпарат қолда бар әдебиеттерде жоқ [11].

Осыған орай, сүйек тінін ауыстыратын әр түрлі полимерлерден немесе биополимерлерден – сорылатын материалдардан «биосіңімді» жасалған имплантаттардың құрамына байланысты түрлері көбеюде [12,13]. Бірақ, травматология және ортопедия бойынша әлемдік әдебиеттерде осындай сіңірілетін имплантаттарды ұзақ уақыт қолдануда ғылыми консенсус жоқ; жалпы пікірлер бойынша имплантат сүйек тінін ауыстыра алмайды [14], бірақ имплантат сүйек тінін қысқа уақытқа 36 аптаға дейін сүйек тінімен алмастырылуы мүмкін [15].

Сіңірілетін имплантаттарды қолдану туралы сұрақтар дәліріктер де көп [16]. Сіңірілетін имплантаттарды қолданғанда оның механикалық беріктігі мен тірегі қалыпты жағдайдан тыс кездері уақыт өте өзгеруі мүмкін [17]. Біз сіңірілетін имплантаттарды қолданғанда сүйек тінінің жауабы әр түрлі болуы мүмкіндігін анықталық – айқын емес әлсіз жауаптан массивті оссифлюенцияға дейін, имплантат бекіген жердің жасушаларының кистозды өзгеруі, тірек бекіген аймақта қан ерекшеліктері [18].

Алматы қаласындағы №4 ҚКБ 2014 жылдан 2015 жыл аралығында крест тәрізді байламның мультижүйелі жарақаты бар 50 науқас, олардың ішінде 28 ерлер және 22 әйелдер болады. Науқастардың жас шамасы 20дан 40 жас аралығында.

Артроскопия арқылы қойылғын крест тәрізді байламның жарақаты кезіндегі диагноздар:

1. Медиалді менисктердің зақымдануы (40 науқас)- I топ.
2. Латералді менисктердің зақымдануы (5 науқас)- II топ.
3. Артқы крестт тәрізді байламның жарақаты (2 науқас)-III топ.
4. Медиалді менисктер мен медиалді коллатералді байламдардың жарақаттануы, «байқұс үштік» симптомы (2 науқас)-IV топ.
5. Алдыңғы крест тәрізді және коллатералді байламдардың жыртылуы (1 науқас)-V топ

Жарақат механизміне байланысты: спорт жарақаты (32 жағдай), жол- көлік апаты (10 жағдай), көше жарақаты (5жағдай),үй жарақаты (3жағдай).

Алдыңғы крест тәрізді байламның қайта құрылуы аутоотрансплантаттар tedinous қолданып артроскопиялық жолмен жасалды. Аутоотрансплантация нығайту үшін тотыққан және «биосіңірілетін» винттер Rigidifix қолданылады.

Оперативті араласуға көрсеткіш ретінде аралас медициналық сараптау, клиникалық зерттеу, компьютерлік томография, магнитті – резонансты томография, рентгенография және артроскопия мәліметтері алынды.

Бірінші топтағы науқастарға келесі хирургиялық араласу жасалды: стандартты жолмен тізе буынының ревизиясы жасалып, медиалді мениск пен алдыңғы крест тәрізді байлам жарақаты анықталды. Талқылау барысында аяқтың жартылай сіңірлі бұлшықетіне 3 см көлемінде сіңір алынды. Аутоотрансплант окклюзиялық стриппер көмегімен алынып, уақытты үнемдеу мақсатында хирург көмекшісі сіңірді дайындады. Осы уақытта хирург артроскопия арқылы менискэктомия жасап, сан және үлкен жіліншік сүйектеріне жол жасады. Сан сүйегінің 4-шандырлы сіңірі артроскоп бақылауымен ауыстырылып, сан өзегі жоғарыда аталған құрылғының көмегімен байланып, 15

кило күшпен барыша тартылды. Үлкен жіліншік сүйегі байланып, тізе буыны толығымен зерттелді. Екінші топта алдыңғы крест тәрізді байламның реконструкциясы жасалып, латералды менисктер тексерілді.

Үшінші топта алдыңғы крест тәрізді байламның реконструкциясы жүргізілді.

Төртінші топта алдыңғы крест тәрізді байламның реконструкциясы мен бөлшектенген резекция жүргізілді. Байламдардың тығыздалы салыстырмалы ерте (2 айға дейін) мерзімде жарақаттанған медиалды коллатералды байламда байқалды, медиалды байламның пластикалық реконструкциясы салыстырмалы кеш алынған жарақаттарда жүргізілді.

Хирургиялық ота бірінші топта екі кезеңде жүргізілді: бірінші кезеңде лавсанмен коллатералды байламның реконструкциясы жүргізіліп, тізе буынының қызметі қалпына келгеннен кейін (6 ай өткеннен кейін) екінші кезең жасалды. Екінші кезеңде алдыңғы крест тәрізді байлам қалпына келтірілді.

Нәтижелер мен талқылаулар. Операциядан кейінгі кезеңде барлық науқастарға анальгетиктер, антибиотиктер, антикоагулянттар, жергілікті емдеу және оңалту шаралары тағайындалды. Реабилитациядан кейін келесі сатыға көшуге болады, оның нақты мақсаттары бар, олардың әрқайсысы бес кезеңнен тұрады және оған сәйкес жүзеге асырылады. Реабилитация/оңалту/курсы 24 аптадан тұрады.

1 кезең – 4 аптаға дейін. Мақсаты: қосарланған аурулар мен ісінуді азайту және жамбас бұлшықеттерін қалпына келтіру, балдақсыз жүруге дейін жету, кешенді қозғалыстарды жетілдіру (4 апта ішінде). Атрофия, жедел жарақат және гипспен иммобилизациялауға байланысты қайта құру отасынан кейін алдыңғы крест тәрізді байлам мен жамбас бұлшықеттерінің «белсендірілуі» қиын, Жамбас бұлшықеттерін электірлік ынталандыру проприоцевтивті жүйке талшықтарын қалпына келтіру мақсатында жасалады. Спорттық жаттығулар жалпы денсаулықты нығайту мақсатында жүргізілді.

2 кезең - 10 аптаға дейін. Мақсаты: ісінуді толық жою, жүрісті қалпына келтіру. Осы мақсаттарға жету үшін келесі міндеттер орындалады: бұлшықет күші мен қозғалыс диапазонын қалпына келтіру, бұлшықеттердің ұзақ статикалық жүктемеге төзімділігін арттыру. Емдік жаттығулар осы кезеңнің негізгі ем құралы. Оның негізіне бірте-бірте тізе буыны қимылын арттыру және операцияға дейінгі жазу, жамбастың төртбасты бұлшықетінің ішкі бетін нығайтуға бағытталған физикалық жаттығулар кіреді. Сондай-ақ массаж (қолмен, су асты), су (ванна, су қоймасы)

жаттығулары, белсенді электрлік ынталандыру осы мақсатта пайдаланылады.

3 кезең – 16 аптаға дейін. Мақсаты: спорт қажет ететін беріктікті, күшті, төзімділікті ауыру сезімі болмайтындай етіп қалпына келтіру, қалыпты жүгіру мүмкіншілігіне қайтып бірітіндеп оралу. Еркін белсенді қозғалыстар, өз-өзіне көмек көрсететін жаттығулары пайдаланылады. Келесі жаттығулар динамикалық жүктемеге бұлшық ет төзімділігін арттыру үшін қолданылады. Жұмыс істеу қабілетін сақтау үшін жүгіру жолағы мен велоэргометр хирургиялық емдеуден кейінгі барлық кезеңдерінде қолданылады.

4ші және 5ші кезеңдері тек спортшылар қолданды.

4 кезең (алдын ала даярлау мерзімі) – 24ші аптаға дейін. Мақсаты: белсенді қозғалыстардың толық ауқымды, жаттығу барысында ешқандай ауырсынуға немес ісінуге алып келмейді, максималды күш пен төзімділік, жүйке бұлшықет үйлесімділікті қолдану. Алдын-ала даярлау уақыты 6 айға дейін болады. Оның негізгі міндеті ұзақ статикалық және динамикалық жүктмелер кезінде бұлшық ет төзімділігін қалпына келтіру болып табылады. Операциядан кейінгі аяққа тікелей жүктеме берумен, физикалық жаттығулармен біртіндеп қозғалту және жаттығуларды күрделендіру арқылы: аяқ ұшымен тік және жартылай жүру, түзу сызық бойымен баяу жүгіру, алға және бғытын өзгерту арқылы қозғалу, велосипед тебу осы сатыда қолданылады.

5 кезең (оқу мерзімі) – 28 ші аптаға дейін. Мақсаты: белсенді қозғалыстардың толық ауқымы, жаттығу барысында және кейін ешқандай ауырсынудың немесе ісінудің болмауы. Жамбастың төрт басты және тізе асты бұлшық еттің акинетикалық, концентрлік, эксцентрлік және айналуын қызметтік тестілеу нәтижесі $\geq 90\%$. Оқу мерзімінің мақсаты спорттық мамандану бойынша нақты қозғалыстық дағдыларды қалпына келтіру болып табылады. Бұл кезеңде мемлекеттік техникалық және тактикалық дағдыларға (төзімділік, күш, жылдамдық, ептілік) сай қалпына келтіру жөніндегі жеке фитнес жоспар

жасалады. Бұл бағдарламала спортшыларға спорттың ерекше талаптарына бейімделуіне мүмкіндік береді.

Емдеу нәтижелері келесі өлшемдер бойынша бағаланады: операциядан кейінгі тізе буынында тұрақтылық (жүгіру, секіруден кейін), функционалды жүктемені көтере алу, операциядан кейінгі синовит және ауыру сезімі, буында қозғалыс диапазоны, жамбас төртбасты бұлшық етінің жағдайы. Рентгенографиялық, биомеханикалық және электрофизиологиялық зерттеулер, нәтижер объективті болу мақсатында жасалды.

Оперциядан кейінгі 50 науқастың арасында өте жақсы нәтиже 30жағдайда болады, жақсы нәтиже 10 жағдайда болады, қанағаттанарлық нәтиже 9 жағдайда, қанағаттанарлықсыз 1 жағдай болады. Жақсы нәтижелі науқастар бірінші және екінші топта болады. Осы топтарда мениск жарақатының клиникасы болады (жиі қайталанатын блоктар жамбас бұлшық етінің атрофиясына әкеледі). Қанағаттанарлық нәтижелер бірінші, екінші (жиі қайталанатын блоктар жамбас бұлшық етінің атрофиясына ғана емес сонымен қатар гонартрозға әкеледі) және үшінші – артқы крест тәрізді байлам жарақаты қалпына келтірілмеген (науқас тізе тұрақсыздығы бойынша шағымданған жоқ, бірақ «АРТҚЫ ЖӘШІК СУЫРМАСЫ» симптомы оң болды), төртінші және бесінші топтардағы науқастар бүйір байламдардың зақымдануына байланысты операциядан кейінгі кезеңде цилиндрлі гипстік таңғышта болды. Қанағаттанарлықсыз нәтиже аяқтардың терең веналық тромбоз асқынуларына байланысты төртінші топта бір жағдайда болды. Бұл асқыну хирургиялық уақыт және пневмалық бұрау салмаумен байланысты болады.

Қорытынды. Қол жеткен нәтижелерге сілтеме жасай отырып, көптеген басқа да құралдармен қосарланған тізе жарақаттары адам өмірінің болашағына әсер етеді. Тізе буынының көпжүйелі жарақаты кезінде науқастың оңалу кезеңі ұзарды және қызметтік қалпына келуі қиындады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Reynberg S.A. Radiodiagnosis of diseases of bones and joints. M.: 1964. – V 1.- P.382-384
- 2 Balmukhanov S.B. Two cases of an echinococcus of bones. // Messenger of a roentgenology. 1952. – P.84-87
- 3 Mirzoyev E.S., Mirzoyev N.E. Case of an echinococcal lesion of a diaphysis of a humeral bone. Traumatology and orthopedics of Russia. 2009. – №4. – 106 p.
- 4 Pavlenko N.N., Krasnov A.S. Case of recurrence of an echinococcosis of a tibial bone. The messenger of surgery n. a. I.I. Grekov. 2009. – № 3. – P.88-89.

Ю.Х. ЗУБИ, А.К. КИЛЫБАЕВ, Г.Б. МАХАМБЕТОВ.

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Кафедра травматологии и ортопедии*

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТОВИДНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Резюме: Цель исследования нашего опыта по лечению повреждения крестообразной связки исследование проводилось на кафедре травматологии и ортопедии КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова на базе ГКБ №4. На исследовании были взяты 50 пациентов с повреждениями крестообразной связки в возрасте от 20-40 лет за 2015-2016 год.

Ключевые слова: передние крестообразные связки, связки колен, травмы, результаты

YU. ZUBI, A.K. KILYIBAEV, G.B.MACHAMBETOV

*Asfendiyarov Kazakh National medical university
Department of Traumatology, Orthopedics*

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF DAMAGE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT KNEE

Resume: Traumatic injuries of the musculoskeletal system take a significant place in the structure of morbidity. Injuries of the knee joint are most often, it accounts for about 50% of all joints injuries and up to 24% of lower limb. Purpose of the work: to evaluate our experience of treating anterior cruciate ligament injuries

Keywords: anterior cruciate ligament, knee ligament injury results

М.А. Насыбуллин, Ю.Х. Зуби

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

СПОСОБ СТИМУЛЯЦИИ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ

УДК 616.71-001.5-089.84:615.841

Введение. Любое повреждение костной ткани сопровождается нарушением электрических свойств и изменением амплитуды и распределения биологических потенциалов. Изменение электрических параметров при остеорепарации, как правило, соответствует динамике анатомического и функционального восстановления поврежденного сегмента, стремящегося к исходному состоянию. Установлено, что образование кости происходит в области отрицательного электричества, а разрушение – в области положительного [1]. Большинство биологических тканей обладают пьезоэлектрическими свойствами. Костная ткань не исключение. Она имеет микроскопическую поликристаллическую структуру, которая образуется из коллагеновых и гидроксиапатитовых кристаллов. Эти два кристаллических компонента образуют композиционную структуру с геликоидальной конфигурацией вокруг оси кости и называются костными кристаллитами [2,3,5]. В процессе регенерации кости с использованием аппарата Илизарова пациент во время хождения дает периодическую нагрузку на нижние конечности. При этом в кости возникает периодическая деформация, что, в свою очередь, порождает пьезоэлектрический эффект [4,6].

В статье представлен предложенный способ дает возможность устранить принудительное выравнивание электрических потенциалов по кости, которое создается аппаратом Илизарова обычной конструкции, что способствует ускорению процесса репаративной регенерации костной ткани при компрессионно-дистракционном остеосинтезе.

Ключевые слова: Компрессионно-дистракционный остеосинтез, Аппарат Илизарова, Электростимуляция остеорепарации

Нами предложен способ стимуляции репаративной регенерации костной ткани (Рисунок 1), заключающийся в установке изолирующих элементов между опорными кольцами и фиксирующими стержнями аппарата внешней фиксации, что вызывает размыкание электрической цепи, создаваемой составными элементами аппарата. Этим мы устраняем принудительное выравнивание биопотенциалов по кости и создаем условия, приближенные к условиям естественного репаративного электрогенеза, индуцирующего остеорепарацию.

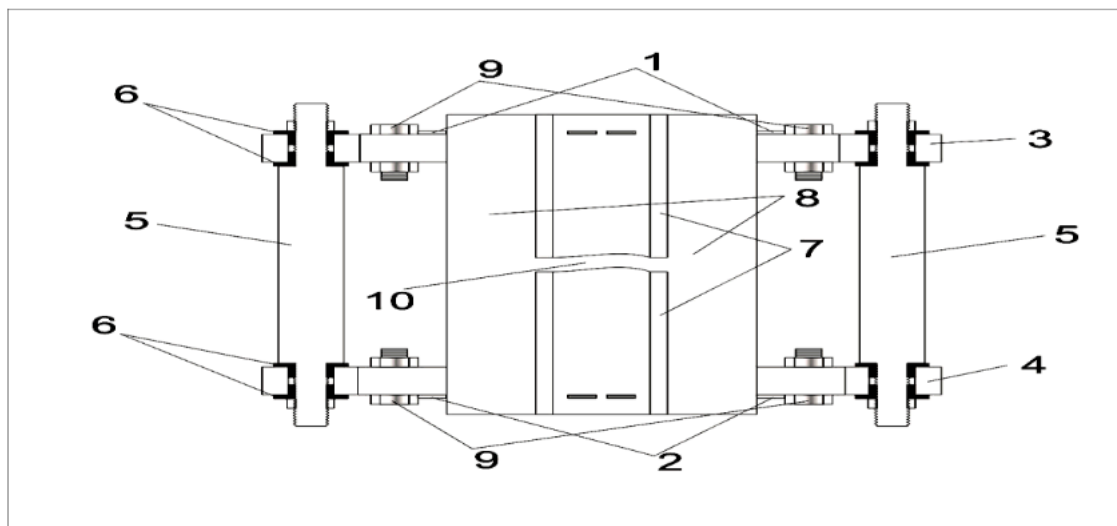


Рисунок 1 - Схема установки диэлектрических втулок

Продольный разрез аппарата (аппарат изображен в составе двух опорных колец). Опорные кольца 3 и 4 зафиксированы между собой с помощью соединительных стержней 5. В местах соединения соединительных стержней 5 с опорными кольцами 3 и 4 установлены диэлектрические втулки 6. Спицы 1 и 2 закреплены на опорных кольцах 3 и 4, соответственно, с помощью спицедержателей 9. Спицы 1 и 2 фиксируют отломки кости 7, окруженные мягкими тканями 8, позволяя осуществлять коррекцию отломков в месте остеотомии 10.

Материалы и методы. Наше исследование проводилось на 35, которым была проведена оперативная коррекция варусной деформации нижних конечностей.

Для осуществления коррекции были использованы аппараты внешней фиксации состоящие из двух колец. В операционной производилась изоляция колец аппарата на левой голени диэлектрическими втулками, которые оставались до конца срока остеосинтеза. Остеотомия проводилась только большеберцовых костей, области метафизов.

Рентгеновские снимки делались на следующий день после операции, через 7-12 дней после операции (по окончании коррекции), через месяц со дня операции и перед демонтажем аппаратов (43-48 день после операции). На момент снятия аппаратов рентгенологическая картина области остеотомии выглядела следующим образом. Образовавшийся клиновидный дефект в зоне коррекции большеберцовой кости заполняется четко определяемым на рентгенограмме регенератом, равномерно уплотняющимся в наружном (латеральном) направлении и переходящим в костное сращение по наружной поверхности большеберцовой кости, которое определяется в виде переходящих с одного отломка на другой непрерывающихся костных балочек. С внутренней

стороны у основания клина регенерата определялась четкая внутренняя его граница перехода от ткани регенерата к мягким тканям. Сравнительное рентгенологическое исследование (РГ) области костного регенерата показало, что плотность регенерата на левой большеберцовой кости была выше, граница перехода от тканей регенерата к мягким тканям более четкая, линия перелома менее отчетливая, минерализация костной ткани области остеотомии выше. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проводилось после демонтажа аппаратов внешней фиксации (40-50 день после операции). Исследование в более ранние сроки после операции затруднялось проксимальным кольцом аппарата и спицами фиксированными в нем.

Исследовательская часть нашей работы, касающаяся УЗИ костного регенерата проведена в 35 случаях, на левой голени, где кольца аппарата были изолированы диэлектрическими втулками, и на правой голени, на которой аппарат был без диэлектрических втулок. Во всех случаях наблюдения выявлялась и четко прослеживалась зона остеотомии, утолщение надкостницы в виде гиперэхогенной структуры с гипозэхогенным ободком вокруг, что объясняется перифокальным воспалением. При исследовании костного регенерата на левой большеберцовой кости отмечалась непрерывная гиперэхогенная линия с умеренным гипозэхогенным ободком вокруг. При УЗИ области костного регенерата на правой большеберцовой кости гиперэхогенная линия оставалась прерывистой, а гипозэхогенный ободок был более выражен. Непосредственные результаты лечения нами оценивались по данным клинического, РГ и УЗИ.

На протяжении лечения больные отмечали, что на левой ноге, где был аппарат со втулками, боли области остеотомии были гораздо меньше, визуально отек левой голени был меньше, который выравнивался к концу 4 недели. При ходьбе больные меньше испытывали дискомфорт в левой ноге, что невольно сопровождалось

тем, что они больше нагружали левую ногу. После демонтажа аппаратов, в течении 2-3 недель, больные испытывали чувство дискомфорта в области остеотомии на правой голени при ходьбе.

Сравнительная оценка данных РГ и УЗ исследований костного регенерата показала положительное влияние

диэлектрический втулок на созревание костного регенерата. Учитывая простоту и доступность предложенного нами способа остеосинтеза, он может найти широкое применение в травматологии и ортопедии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ревел П.А. Костная патология. – М.: 1993. – 56 с.
- 2 Лакомкин А.И., Мягков И.Ф.- Электрофизиология. – М.: 1977. – С.45-52.
- 3 Ткаченко С.С., Руцкий В.В. Электростимуляция остеорепарации. – Л.: Медицина, 1989. – 208 с.
- 4 Bassett C.A.L. Electrical effects in Bone // Sci. Amer. – 1965. – V.213. – № 6. – P. 18-21.
- 5 Ahn, A., A. Grodzinski, Relevance of collagen piezoelectricity to Wolff's Law: A critical review, Medical Engineering & Physics, 2009. – №31. – P. 733–741.
- 6 Griffin, M., A. BAYAT, Electrical stimulation in bone healing: Critical analysis by evaluating levels of evidence. //Journal of Plastic Surgery, 2011. – №11. – С.303–353.

М.А. НАСЫБУЛЛИН, Ю.Х. ЗУБИ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.
Травматология, ортопедия және кафедрасы*

КОМПРЕССИОНДЫ ДИСТРАКЦИОНДЫ ОСТЕОСИНТЕЗ КЕЗІНДЕ ОСТЕОРЕПАРАЦИЯ ҮРДІСІН ЖАҚСARTУ ӘДІСІ

Түйін: Мақалада көрсетілген әдіс бойынша – сүйекті міндетті түрде электрлік тегістеуден құтқаруға мүмкүндік береді. Ол қарапайым Илизаров аппаратында компрессивт дистракционды остеосинтезде тезірек қалыпқа түсуіне мүмкүндік береді.

Түйінді сөздер: Компрессиондық дистракциондық остеосинтез.Илизаров аппараты , остеорепарация электростимуляциясы.

М.А. NASYBULLIN, Y.KH.ZUBI

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
City Clinical Hospital №4, branch of KGH, Almaty c.
Department of traumatology & orthopaedy*

A METHOD OF STIMULATING OSTEOREPARATION WITH COMPRESSION-DISTRACTION OSTEOSYNTHESIS.

Resume: Thus suggested method may allows eliminate forced equalization electrical potentials for bones which is created by Ilizarov apparatus conventional design, which helps speed up the process of reparative bone regeneration tissue with compression-distraction osteosynthesis.

Keywords: Compression-distraction osteosynthesis. Ilizarov apparatus, Electrostimulation osteoreparation.

YU. Zubi, S.S. AlhOdgaev, N.N.Baibachov

Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology & orthopaedy, #4 City Clinical Hospital

TREATMENT OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURIES: A CASE CONTROLLED STUDY

УДК 616.728.3/.75-001-074

Introduction Traumatic injuries of the musculoskeletal system take a significant place in the structure of morbidity. Injuries of the knee joint are most often, it accounts for about 50% of all joints injuries and up to 24% of lower limb [1].

One of the most common ligament injuries is the rupture of anterior cruciate ligament [2], which leads to the development of knee instability [3] and, consequently, leads to appearance and progression of severe degenerative changes of joints [4]. Functional disability of knee joint leads to a significant deterioration in quality of life of the patient, and for a professional athlete it can lead to long treatment and rehabilitation, and even professional unsuitability [5]. Conceptual point in determining treatment strategies for acute joint injuries is choice of treatment method. Previously traumatologists used conservative treatment for acute injuries of the knee joint, but analysis of long-term results in this case showed a high percentage of unsatisfactory outcomes [6]. Most patients with a cruciate ligament injury, who were treated conservatively, were subjected to later recovery and/or reconstructive operations on the knee joint. Typically, patients have been forced to limit their motor activity by reason of instability feeling in the joint.

A large percentage of unsatisfactory results led to treatment strategy changed in favor of surgery. Different methods of suturing the damaged ligaments of the knee joint were used [7]. The results of this method of surgical treatment have been encouraging [7], but high percentage of unsatisfactory results during long-term observation has been also observed. So, now damaged cruciate ligament are not sutured [8].

Well-known method of treatment and diagnosis of knee pathology is a technique of arthroscopy, which has been winning recognition of orthopedic traumatologists in Europe and North America since 70's [9]. Throughout the world, the role of arthroscopic treatment and diagnosis of knee injuries has increased significantly, that is clearly demonstrated by the data of the French Arthroscopic Society [10]. In 1994 reconstruction of the anterior

Traumatic injuries of the musculoskeletal system take a significant place in the structure of morbidity. Injuries of the knee joint are most often, it accounts for about 50% of all joints injuries and up to 24% of lower limb.

Purpose of the work: to evaluate our experience of treating anterior cruciate ligament injuries 50 patients with the multisystem injury of the cruciate ligament, 28 of them were men and 22 were women, were operated in Almaty City Clinical Hospital 4 in the period from 2014 to 2015. The age of the patients ranged from 20 to 40 years. Among 50 postoperative patients, excellent results was approached in 30 cases, good results was in 10 cases, satisfactory result was in 9 cases and unsatisfactory was in 1 case. The complication was related to the surgery time and absence of a pneumatic tourniquet.

Injuries of a knee joint in combination with other structures of knee joints undoubtedly have effect on the fate. When a multisystem injury of knee joint occurs a rehabilitative period of a patient is increased and functional recovery of the knee joint spread more difficult.

Keywords: anterior cruciate ligament, knee ligament injuries, reconstructions, outcomes

cruciate ligament in only 68% of cases was performed by arthroscopic technology, whereas during next 8 years this figure rose up to 94%. This method is undeniably preferable in the diagnosis and treatment of intra-articular pathology, as only arthroscopy allows visualizing interaction between intra-articular structures without disturbing their integrity and acting on them noninvasively.

One of the major issues in the arthroscopic anterior cruciate ligament reconstruction technique remains to be choice of graft fixation method. Currently, there are many different types of implants for fixation of the anterior cruciate ligament graft; meanwhile the available literature does not contain clear information about benefits of various fixation methods depending on the transplant type [11].

At the same time, the proportion of used implants

made of various polymer or biopolymer - absorbable materials «bioabsorbable implants» [12], which are to be replaced by bone tissue within different terms depending on their composition, growth [13]. Herewith in the world literature there is no scientific consensus on long-term results of such resorbable implants in Traumatology and Orthopedics: opinions vary from those assuring that bone tissue cannot replace graft [14]. That implant can be replaced by bone tissue in short time: up to 36 weeks [15]. The good late fates of applying resorbable implants are open to question in different opinions [16]. The mechanical resistances of the anchorage and anchor in vivo that can be varied with time are still critical moments in using of the resorbable implants [17]. Resorbable implants reaction of the bony tissue can be different: from an unexpressed, faint reaction till appearance of massive ossifluence, onset of cystiform cells at the site of the implant attachment [18].

Methods. 50 patients with the multisystem injury of

the cruciate ligament, 28 of them were men and 22 were women, were operated in Almaty City Clinical Hospital 4 in the period from 2015 to 2016. The age of the patients ranged from 20 to 40 years.

The injuries of the cruciate ligament by the nature of injury diagnosed by means of the arthroscopic diacrisis:

1. I group: the injury of the medial meniscus (40 patients)
2. II group: the injury of the lateral meniscus (5 patients)
3. III group: the injury of the posterior cruciate ligament (2 patients)
4. IV group: the injury of the medial meniscus and medial collateral ligament, so called “unfortunate triple” of symptoms (2 patients)
5. V group: the rupture of the anterior cruciate and collateral ligament. (1 patient)

The mechanism of injury is given in the Table 1.

Table 1 – The mechanism of injury

No.	The mechanism of injury	Number of cases
1	The athletic injury	32 cases
2	The road traffic accident	10 cases
3	The street injury	5 cases
4	The home accident	3 cases

The reconstruction of the anterior cruciate ligaments was conducted by the arthroscopic method using tedious auto transplants. The diametrical attachment Ricidifix, the bioabsorbable and oxidized screws were used for the attachment of the auto transplant.

The indication for the operative therapy delivery was caused by comprehensive medical examination including a clinical exam, Computerized Tomography, Magnetic Resonance Tomography, X-ray and Arthroscopy.

The surgical aggressions in the first group of the patients were conducted as follows: the arthroscopic revision of the knee joint, where injuries of the anterior cruciate ligament and the medial meniscus were found, was conducted by a standard approach. Then the discussions of the size of 3 centimeters were made in the view of a leg and semitendinosus muscle. The autotransplants were taken by an occlusive stripper and the assistant prepared a tedious transplant in order to save time. At this time the surgeon conducted the arthroscopic fractional meniscectomy and arranged a tunnel of the femoral and shin bones. The 4-fascicular tedious transplant was fixed under control of the arthroscope and the femoral bile was attached by one of the above listed attachments and then they were pulled as much as possible with power of 15 kilograms. The tibial bone was attached. After that followed an examination and an orthosis for knee joint was tyred.

In the second group the reconstruction of the anterior cruciate ligament and the fractional revision of the lateral meniscus were conducted.

The reconstruction of the anterior cruciate ligament was conducted in the third group.

In the fourth group we conducted reconstruction of the anterior cruciate ligament and the fractional resection of the medial meniscus, then a discission was made in the view of the medial collateral ligament and a medial collateral ligament was found. The sealing of ligaments was conducted at comparatively recent injure of the medial collateral ligaments (till 2 months), and plastic reconstruction of the medial ligament with remains of the tedious transplant was conducted after more late ruptures.

The surgical aggression in the fifth group was conducted in two stages:

- The first stage was the plastic reconstruction of the collateral ligament by means of a mylar band and then, after functional recovery of the knee joint (6 months after date), the second stage would be held.
- The second stage was the recovery of the anterior cruciate ligament.

Results. All patients during the postoperative period were appointed analgesics, antibiotics, anticoagulants, local treatment and rehabilitation. Postoperative rehabilitation was carried out according to the generally accepted course, which includes five stages, each of which has specific goals

after reaching of which it is possible to move on to the next stage; the course is prescribed for 24 weeks.

Stage 1 – up to 4th week

Purpose: to reduce pain and edema in a joint and to improve the wide range of motions in a joint, to recover quadriceps muscle of thigh, to achieve walking without crutches (no earlier than in 4 weeks).

After surgery of reconstruction the anterior cruciate ligament the “activation” of the internal part of quadriceps muscle of thigh is difficult, that is associated with preoperative atrophy, operative trauma and plaster immobilization. Electrical stimulation is used to restore normal proprioceptive afference of the quadriceps muscle of thigh. Massage helps to improve peripheral blood circulation and increasing of contractility of the quadriceps muscle of thigh. General health improving exercises in a gym are also conducted at this stage.

Stage 2 - up to 10th week

Purpose: complete elimination of edema, returning of the full range of motions, improving of the strength of the thigh muscles, achieving of the total control while walking.

In order to achieve this goal the following tasks are to be solved: restoring of the range of motion, muscle strength, muscle endurance to long static load, which provide restoration of the operated leg support. Therapeutic exercises are the main tool at this stage and it includes physical exercises designed to gradually increase the mobility in the knee joint and to strengthen extensor mechanism of the operated limb, mainly of internal head of the quadriceps muscle of thigh. Massage (manual, underwater), exercises in water (bath, basin), the active electrical stimulation are also used to achieve this goal.

Stage 3 – up to 16th week

Purpose: improving of strength, power and endurance of muscles without pain, a gradual returning to functional activities specific to kind of sport, the ability to normally run.

Free active movements, self-exercises, squats, lunges are used. The following task is to increase muscle endurance to dynamic load. A treadmill and bicycle ergometer is used at all stages of post-surgical treatment to maintain fitness.

4th and 5th stages were used only by athletes.

Stage 4 (pre-training period) - up to 24th week

Purpose: complete range of active movements, no pain or edemas during activities, the maximum strength and endurance, neuromuscular coordination.

The duration of the pre-training period is up to 6 months. Its main task is to restore muscle endurance to prolonged static and dynamic loads. Physical exercises with the vertical

load on the operated limb with the gradual complication

of locomotion's: lunges, walking on tiptoes, in the full height and half squatting, slow pace running in a straight line, with acceleration, skipping over the rope at the place, with moving forward and changing the direction, riding a bike is used at this stage.

Stage 5 (training period) - up to 28th week

Purpose: complete range of active movements, no pain or edemas during and after physical activities, result of more or equal 90% in functional testing from akinetic, concentric, eccentric, and mean and peak torque for the quadriceps and popliteal muscles.

The aim of the training period is to restore specific motor skills according to the sports specialization. At this stage there made an individual fitness restoration program, which promotes the acquisition of a high overall fitness and focus on the restoration of the technical and tactical skills, of a particular state (endurance, strength, speed, agility), which allows athletes to adapt to the specific requirements of the sport.

Discussion and conclusion. The results of treatment are considered by the following parameters: stability in a knee joint after surgery (running, jumping), tolerability to functional loads, synovitis and pain in the joint after surgery; range of motions in the joint, condition of the quadriceps muscle of thigh. The radiographic, biomechanical and electrophysiological examinations are conducted in order the results to be impartial.

Among 50 postoperative patients, excellent results was approached in 30 cases, good results was in 10 cases, satisfactory result was in 9 cases and unsatisfactory was in 1 case. The excellent results took place in the first and second groups of patients. The good results were approached in the first and second group, where clinical picture of the meniscus injury (frequent blocks resulted in the femurs muscle atrophy). The satisfactory results were approached in the first and the second group of the patients (where frequent blocks resulted not only in the femurs muscle atrophy but also in the gonarthrosis) and the third group of patients where injury of the posterior cruciate ligament was not recovered (the patient had no complain on knee instability but a positive symptom of “a back drawer” was registered at examination), and the fourth and the fifth group of the patients, who was in a cylinder plaster cast during the postsurgical period because of the injury of lateral ligaments. The unsatisfactory result took place in one case from the fourth group and was connected with complication of deep venous thrombosis of the lower limbs. The complication was related to the surgery time and absence of a pneumatic tourniquet.

In conclusion, by reference to the achieved results,

injure of a knee joint in combination with other structures of knee joints undoubtedly has effect on the fate. When a multisystem injury of knee joint

occurs a rehabilitative period of a patient is increased and functional recovery of the knee joint spread more difficult.

REFERENCES

- 1 Reynberg S.A. Radiodiagnosis of diseases of bones and joints. M.: 1964. – V1. – P.382-384
- 2 Balmukhanov S.B. Two cases of an echinococcus of bones // Messenger of a roentgenology. – 1952. – P.84-87.
- 3 Mirzoyev E.S., Mirzoyev N.E. Case of an echinococcal lesion of a diaphysis of a humeral bone // Traumatology and orthopedics of Russia. 2009. – №4. – 106 p.
- 4 Pavlenko N.N., Krasnov A.S. Case of recurrence of an echinococcosis of a tibial bone // The messenger of surgery n. a. I.I. Grekov. 2009. – № 3. – P.88-89.

Ю.Х. ЗУБИ, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, Н.Н. БАИБАХОВ

*Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы*

ТІЗЕ БУЫНЫНЫҢ АЛДЫҒЫ КРЕСТ ТӘРІЗДІ БАЙЛАМЫНЫҢ ЗАҚЫМДАНУЫН ЕМДЕУ

Түйін: Тірек-қимыл жүйесінің жарақаттар сырқаттанушылық құрылымында елеулі орын алады. Тізе жарақаты көбінесе барлық буындары жарақаттарының ішінде шамамен 50% және төменгі аяқ сүйектерінің 24% құрайды. Жұмыстың мақсаты: алдыңғы крест тәрізді байламның жарақаттарын емдеу, біздің тәжірибемізді бағалау.

Түйінді сөздер: Алдыңғы крест тәрізді байлам, тізе байламының жарақаты, реконструкция, қорытынды

Ю.Х. ЗУБИ, С.С.АЛЬХОДЖАЕВ, Н.Н. БАИБАХОВ

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Кафедра травматологии и ортопедии,
Городская клиническая больница №4,*

ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАХ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Резюме: Травматические повреждения опорно-двигательного аппарата занимают значительное место в структуре заболеваемости. Травмы коленного сустава встречаются чаще всего, на их долю приходится около 50% всех травм суставов и до 24% от травм нижней конечности.

Ключевые слова: связки, травма коленных связок

Ю.Х. Зуби, Т.Ж. Султанбаев

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы*

ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРАВМЫ

УДК 616-001.5:617.572-053.2-08

Введение. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости – тяжелая травма локтевого сустава. Вопросам классификации, патогенезу, клинике, диагностике и лечению их у детей посвящено большое количество работ. Существует множество методов лечения данного вида травмы, предложено немало авторских разработок [6,7,8,9]. Однако нет единого алгоритма по их применению, что вызывает разногласия среди практикующих врачей и, в то же время, необходимость дальнейшего изучения проблемы.

Среди повреждений верхней конечности переломы дистального отдела плечевой кости у детей встречаются в 16,2% [2,10]. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости составляют от 65,5% до 85,5% всех переломов дистального отдела плечевой кости. В зависимости от механизма травмы они делятся на экстензионные и флексионные. Экстензионные переломы наступают при падении на разогнутую руку и составляют 85-90% всех повреждений [3,4]. Этим переломам сопутствует внутренняя ротация дистального отломка, связанная с рефлекторной деятельностью мышц: трехглавой, двуглавой и плечевой, что обуславливает появление вторичных смещений, а также развитие неблагоприятной варусной деформации верхней конечности в 26-30% [1,8].

Чрезмыщелковые переломы в 90% случаев сопровождаются смещением костных отломков, требующих их репозиции [5]. В связи с пересмотром понятия о «допустимых смещениях» расширены показания к хирургическому лечению чрезмыщелковых переломов. Большинство авторов считает, что только полное сопоставление отломков гарантирует оптимальное восстановление функции локтевого сустава [6,7,10]. Для выбора метода лечения наиболее важным являются величина и направление первичного смещения отломков и связанная с ним степень повреждения окружающих мягких тканей, направление плоскости излома, срок, прошедший с момента травмы до поступления в клинику, проводившееся до поступления в клинику лечение.

В статье представлены разные методы лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости проведен анализ результатов лечения 278 пациентов, которые находились под наблюдением во 2-м травматологическом отделении ЦДНМП с 2015 по 2016 гг. Применение метода закрытой репозиции с чрескожным металлоosteосинтезом спицами Киришнера, а так же наложением аппарата наружной фиксации в специализированном отделении дало возможность в 94,74% случаев получить положительные результаты лечения, уменьшить время пребывания пациента в стационаре, снизить вероятность формирования контрактуры локтевого сустава и развитие инвалидности.

Ключевые слова: чрезмыщелковый перелом, закрытая репозиция, металлоosteосинтез, дети

Сложность лечения таких повреждений состоит в противоречии между определением показаний к проведению оперативного или консервативного способов лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением во 2-м травматологическом отделении ЦДНП с 2015 по 2016 гг. находилось 278 детей в возрасте от 3 до 14 лет с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости. Наиболее частый механизм травмы - падение на верхнюю конечность.

Ближайшие результаты изучены у 278 больных. Основными критериями оценки ближайших результатов считали сроки сращения чрезмыщелкового перелома, восстановление конфигурации и функции локтевого сустава.

Результаты. У всех пациентов проведен анализ применяемых методов лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости, а также оценка результатов в зависимости от использованного метода.

Закрытая репозиция с последующей фиксацией гипсовой повязкой применена у 278 детей в 2015-2016гг, из них у 215 больных этот способ явился окончательным способом лечения. У 63 детей

наступили вторичные смещения, обнаруженные на контрольных рентгенограммах, выполненных на 5-й день, что потребовало применения повторной закрытой репозиции (в 40 случаях – окончательный способ лечения). У 23 детей производилась повторная закрытая репозиция с металлостеосинтезом с 2-мя спицами Киршнера под контролем С-дуги – 10, с наложением аппарата внешней фиксации – 9. В 4 случаях, когда закрытым методом произвести повторную репозицию не удавалось, были произведены открытые репозиции, остеосинтез спицами Киршнера.

Длительность пребывания больного с однократной закрытой репозицией и наложением гипсовой иммобилизации в стационаре составила 6 ± 3 дня. Сращение перелома наступило на 21 ± 3 дня. Полное восстановление функции локтевого сустава отмечено у 196 (91,16%) ребенка, у 19 (8,84%) пациентов ограничение движений локтевого сустава составило от 25° до 30°.

В 40 случаях, когда производилась повторная закрытая репозиция с наложением гипсовой иммобилизации после контрольной рентгенографии на 5-е сутки, срок стационарного пребывания пациента увеличивался до 9 ± 3 суток, к тому же производились дополнительные контрольные рентгенографии, что является негативным фактором облучения. Полное восстановление функции локтевого сустава отмечено у 31 (77,5%) ребенка, у 9 (22,5%) пациентов ограничение движений локтевого сустава составило от 25° до 30°.

Закрытая репозиция с чрескожной фиксацией спицами использована у 10 детей, с наложением аппарата внешней фиксации у 9 детей, что являлось окончательным методом лечения. Длительность пребывания в стационаре составила 5 ± 2 дня после операции. Консолидация перелома отмечена на 18 ± 3 дня. Восстановление функции локтевого сустава наблюдалось у 18 (94,74%) пациентов, ограничение движений в пределах 25°-30° выявлено у 1 (5,26%) больного.

Открытая репозиция фиксация спицами применена у 4 больных. Оперативное лечение выполнено на 5-

6-е сутки после контрольной рентгенографии. Длительность пребывания в стационаре составила 9 ± 3 дня. У 1 больного консолидация перелома отмечалась на 27 ± 3 дня, в трех случаях сформировалась замедленная консолидация. У всех пациентов ограничение движений в пределах 25°-30°.

Проведенный анализ результатов лечения чрезмыщелковых переломов в зависимости от применяемых методов показал, что наиболее оптимальным является способ закрытой репозиции с чрескожной фиксацией отломков или наложением аппарата наружной фиксации, при использовании которых положительные результаты получены в 94,74 % случаев.

ВЫВОДЫ.

1. Лечение чрезмыщелковых переломов необходимо проводить с учетом особенностей детского организма в специализированном детском травматологическом стационаре.
2. Закрытая репозиция костных отломков с наложением гипсовой повязки в первые часы после травмы под адекватным обезболиванием является приемлемым методом окончательной стабилизации при закрытых переломах, однако при его применении в качестве основного метода необходим тщательный рентгенологический контроль положения отломков на всех этапах лечения, контроль периферического кровообращения, щадящее отношение к конечности, не многократность. При неэффективности показана открытая репозиция перелома.
3. Технически правильно выполненная закрытая репозиция с одномоментным чрескожным металлостеосинтезом имеет преимущества перед открытой репозицией и дает лучшие анатомо-функциональные результаты.
4. Открытая репозиция показана при невозможности проведения повторной закрытой репозиции. В период острой травмы применение открытой репозиции позволяет получить отличные анатомические результаты, но менее благоприятные функциональные.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Анкин Л.Н. Травматология. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 496 с.
- 2 Баиров Г.А. Детская травматология. – СПб.: Питер, 2000. – 384 с.
- 3 Дольницький О.В. Дитяча травматологія – К.: Книга плюс, 2006. – 472 с.
- 4 Корж А.А., Бондаренко Н.С. Повреждения костей и суставов. – Харьков: 1994. – 467 с.
- 5 Мателенок Е.М. Определение показаний для оперативного и консервативного лечения при внутрисуставных переломах мыщелка плечевой кости // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. - №4. – С.99-104.
- 6 Морозов Д.С. Лечение внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости // Лечебное дело. – 2008. - №3. - С. 63-71.
- 7 Немсадзе В.П. Дифференцированный подход к лечению чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей // Детская хирургия. – 2006. – №5. – С. 32-36.
- 8 Чижик-Полейко А.Н. Выбор вида остеосинтеза переломов длинных костей у детей // Матер. науч.-практ. конф. детских травматологов-ортопедов России. – СПб.: 2005. – С. 57-58.
- 9 Lill H. Fracture-dislocations of the elbow joint-strategy for treatment and results // Arch. Orthop. Trauma Surg. – 2001. – Vol.121, №1. – P. 31-34
- 10 Paksima N. Elbow fracture-dislocations: the role of hinged external fixation // Bull Hosp. Jt. Dis. – 2004. – V.62. – №2. – P. 43-46.

Ю.Х. ЗУБИ, Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы*

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАБЫҚ ТОҚПАН ЖІЛІКТІҢ АЙДАРШЫҚ АРАЛЫҚ СЫНЫҚТАРЫ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ТИІМДІ ӘДІС

Түйін: Мақалада көрсетілгендей, 2015-2016 жылы №2 травматологиялық бөлімде бұлшықет иық сүйегінің сынығына әртүрлі әдіспен емдеудің қорытындысы алынып, емдеуге 278 пациент қарауға алынған. Жабық репозиция әдісінің жасалуы тері арқылы металоостеосинтездік Кришнер инесімен және де сыртқы аппарат салу фиксацияланған арнайы бөлімде 94,74% жағдайда жағымды қорытынды алуға мүмкүндік береді. Пациенттің стационарда болу уақытын азайту, шынтақ буынының мердігерлікке айналуын және мүгедектіктің даму болжамын түсіру.

Түйінді сөздер: бұлшықет арқылы сыну, жабық репозиция, металоостеосинтез, балалар.

Y.K. ZUBI, T.G SULTANBAEV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology & orthopaedy*

OPTIMAL TREATMENT CLOSED TRANSCONDYLAR FRACTURES OF THE HUMERUS IN CHILDREN IN THE ACUTE PERIOD OF TRAUMA

Resume: The article presents different treatment methods of transcondylar humerus fractures were analyzed results of treatment of 278 patients who were followed up in the 2nd TSDNMP traumatologic department between 2015 and 2016. Application of a method closed reduction with percutaneous metalosteosynthesis Kirschner wires, and also overlay external fixation apparatus in a specialized department has made it possible to get 94.74% of the positive results of the treatment, reducing time of hospital stay, reduce the probability of formation contracture of the elbow joint and developing a disability.

Keywords: Transcondylar humerus fractures, closed reduction, hardware, children.

А.К. Килыбаев, С. С. Альходжаев, С. А. Маханов, М.О.Жумагулов, Р. М. Токушев

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,

кафедра травматологии и ортопедии

Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ИСХОДЫ ДОЛЕЧИВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ДИСТАЛЬНОМ МЕТАЭПИФИЗЕ

УДК 616.727.43-001.5-08-053.9

Актуальность. Перелом луча в типичном месте – распространенная травма среди пожилого и старческого возраста. По поводу, которого больные лечатся амбулаторно, госпитализируются не более 1% пострадавших, чаще всего он наблюдается у взрослых женщин в зимний период, особенно в гололед при падении на руку с опорой на ладонную или тыльную поверхность с разогнутой кистью.

Однако, лечение пострадавших не всегда удовлетворительно, несмотря на оснащенность лечебных учреждений современным оборудованием, инструментарием, достаточным знанием, хорошим практическим навыком врачей травматологов, хирургов, особенно при осложненных переломах дистального метаэпифиза лучевой кости. По данным литературы, процент неудовлетворительных результатов колеблется от 1,7% до 23%, особенно при раздробленных, многооскольчатых переломах.

Цель работы: Провести анализ результатов лечения – 147 больных, лечившихся в травматологическом (остром, сочетанном) отделении клиники кафедры травматологии – ортопедии в КазНМУ на базе 4-ГКБ с 2012-2016 гг.

Материалы и методы исследования: Неудовлетворительные результаты признаны у 25 больных, из них пожилого и старческого возраста (10,16 %): неправильно сросшиеся переломы – 30,4 %; ограничение движения в лучезапястном суставе – 27,2 %, лучелоктевом суставе – 14,4 %, суставах пальцев, кисти – 9,6 %, плечевом суставе – 3,04%, нейротоксические расстройства – 1,6 %.

Причиной неправильно сросшихся переломов явилось вторичное смещение отломков гипсовой повязки, которое обусловлено недостаточным контролем во время спадения отека. Для исхода лечения больных пожилого и старческого возраста большое значение имеет правильная организация лечебного процесса. Обязательна явка пациента на следующий день после репозиции для осмотра конечности в гипсовой повязке. После периода спадения отека (6-8 дней) всем больным

Перелом лучевой кости в типичном месте проходит на 2-3-см проксимальнее суставной поверхности лучезапястного сустава и составляют около 15-20 % всех переломов. Перелом возникает у пожилых женщин в 2-3 раза чаще чем у мужчин. Имеет сезонную зависимость: в зимнее время, особенно в гололед количество переломов резко возрастает.

Ключевые слова: перелом лучевой кости в типичном месте, дистальный метаэпифиз, перелом Коллиса, перелом Смита, закрытая репозиция

проводится контрольная рентгенография. Вторым по частоте осложнением является ограничение движения в суставах пальцев, лучезапястном и плечевом суставе. Причиной этому послужило недостаточное занятие лечебной физкультурой, несвоевременное назначение физиолечения, ЛФК, массаж.

В большинстве случаев отмечено, что после направления пострадавших в кабинет восстановительного лечения, они выпадают из поля зрения врача, так как около 90% из них не работают. «Долечиваются» они средним медперсоналом.

В последующем больные с осложненным переломом направлялись в поликлинику, где имеется аппарат для восстановления движения сустава пальцев, кисти, лучезапястного, локтевого и плечевого сустава, которые улучшили исходы лечения.

Отдаленные результаты лечения прослежены у 20 больных. Оценка произведена по трехбалльной системе: хорошие результаты отмечены – у 12, удовлетворительные – у 6, неудовлетворительные – у 2 больных. Таким образом, для получения положительных результатов у больных пожилого и старческого возраста необходимо комплексное своевременное назначение ЛФК, массажа и аппаратов восстановительного лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Охотский В.П., Чернавский В.А., Абдулхабирова М.А. Лечение переломов дистального эпиметафиза лучевой кости // Новые решения актуальных проблем в травматологии и ортопедии. Избранное. – М.: 2001. – С.75-84.
- 2 Абакумов В.И. Корректирующие остеотомии с костной пластикой при неправильно сросшихся переломах лучевой кости // VII съезд травматологов-ортопедов России.- Новосибирск: 2002. – Т. 2. – С. 19-24.
- 3 Горячев А.Н. Ротационная контрактура у больных с переломами костей предплечья. // Гений ортопедии. – 2001. – № 2. – С.97-98.
- 4 Лоскутов А.Е. с соавт. Медицинская реабилитация больных с посттравматической лучевой косорукоостью // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2001. – № 2. – С. 60-72.
- 5 Охотский В.П., Чернавский В.А. – Лечение переломов дистального эпиметафиза лучевой кости. – М.: – 2001. – С. 86-92.
- 6 Моисов Адонис Александрович, - перелом лучевой кости в типичном месте, реабилитация. – М.: – 2015. – 56 с.

А.К. КИЛЫБАЕВ, С. С. АЛЬХОДЖАЕВ, С. А. МАХАНОВ, Р. М. ТОКУШЕВ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
№4 Қалалық клиникалық аурухана
Травматология және ортопедия кафедрасы

КӘРІ ЖІЛІКТІҢ ТӨМЕНГІ МЕТАЭПИФИЗ СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІ

Түйін: Аурухана - емханалардың заманауи құрал-жабдықтарына, хирург, травматолог дәрігерлердің жақсы тәжірибесіне және жеткілікті біліміне қарамастан, кәрі жіліктің төменгі метаэпифиз сынығын емдеуде кемшіліктер кездеседі. Мақсат осы кемшіліктерді азайту түпкіліті жою ары қарай іздену.

Түйінді сөздер: кәрі жіліктің сынығы типтік орында, дисталды метаэпифезі, Коллис сынығы, Смит сынығы, жабық репозиция

A.K. KILYBAEV, S.S. ALCHODZHAEV, S. A. MACHANOV, R. M. TOKUSHEV
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
City Clinical Hospital №4
Department of traumatology and orthopaedy

FOLLOW-UP CARE OF PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE WITH RADIUS FRACTURES IN THE DISTAL MET EPIPHYSIS

Resume: In spite of the equipping hospitals with modern equipment, tools, sufficient knowledge, good practical skill trauma doctors, surgeons, treatment of patients is not always satisfactory, especially complicated fractures of the distal radius met epiphysis. To reduce the disadvantages, finally eliminate, continued to study.

Keywords: fracture of the spoke bone in a typical place, distal met epiphysis, Colles' fracture, Smith's fracture, closed reduction

А.К. Килыбаев, С.А. Маханов, Ю.Х. Зуби, М.О.Жумагулов, Б.Г. Абдолиев

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ И ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

УДК 616.717.2-001.5-001.6-089

Актуальность: Трудности в лечении переломовывихов и переломов акромиального конца ключицы обусловлены анатомо-биомеханическими особенностями акромиального ключичного сочленения.

Правильные анатомические взаимоотношения плоских по форме и малых по размерам суставных концов ключицы и акромиона лопатки обеспечиваются лишь мощными связками - акромиально-ключичной и ключично-клювовидной. При их повреждении создаются неблагоприятные условия для их удержания в выправленном состоянии.

Существующие оперативные способы лечения с применением спиц по Уоткинсу-Каплану, операция Бенеля, применение аппаратов типа ВИТА, Илизарова, Рожинского, Енгадычева, Купунчакова травматичны, не исключают функциональные потери, обусловленные травмой, но и длительной послеоперационной иммобилизацией верхней конечности в торакобронхиальной повязки.

Чрезсуставная, внесуставная фиксация наружного конца ключицы специальными штифтами, винтами, фиксаторами, аппаратами, предложенными А.Д. Ли, Б.Л. Голдманом, ВИФА-74, по Илизарову и другими травматологами чревато в последующем тяжелыми осложнениями (нагноение, секвестрация, миграция вводных конструкций, рецидивы).

Цель работы: Описание нового способа оперативного лечения переломовывихов и переломов акромиального конца ключицы с применением 5,0 ChLP пластина ключичная с крючком в клинике травматологии - ортопедии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова на базе четвертой городской клинической больницы с 2014 - 2016 года.

Материалы и методы обследования: При анализе 150-ти историй болезни по поводу перелома ключицы выделено 45 переломовывихов и перелома акромиального конца ключицы, пострадавших мужчин было 42, женщин - 3. По

Переломовывихи и перелом акромиального конца ключицы относятся к довольно распространенным повреждениям плечевого пояса и составляют до 15% (П.С. Юмашев) всех переломовывихов. Возникают они в результате прямого или непрямого механизма травмы. Встречаются преимущественно у мужчин работоспособного возраста от 18 до 75 лет.

Ключевые слова: акромиальный конец ключицы, переломовывих, вывих, восстановление акромиального конца ключицы, пластина ключичная с крючком

видам травмы наибольшее количество приходится на бытовые - 12 %, ДТП - 11 %, спортивные - 3 %, уличные - 2 %, прочие - 3%. По механизмам травмы подавляющее число переломов получено при непрямом механизме травмы. Наиболее подвергаемая сторона повреждения - правая - (38), а левая сторона - 7.

Суть операции состоит в фиксации отломка акромиального конца ключицы пластиной с крючком. Под общим наркозом послойно обнажается акромион и место перелома акромиального конца ключицы на протяжении 5-6 см. Крючок подводится под акромион, пластину и укрепляется тремя-четырьмя шурупами на акромиальный конец ключицы. Рана ушивается послойно. Иммобилизация «косыночной повязкой» до снятия швов на 7-10 дней. Разработка кисти, лучезапястного сустава с первых дней в локтевом суставе с 3-5 дня. Движение в плечевом суставе - после 2 недель со дня операции.

По описанному способу было выполнено 45 операций. Ранняя функциональная разработка суставов, сокращение сроков лечения в послеоперационном периоде, уменьшение сроков стационарного и амбулаторного лечения позволило сократить срок временной нетрудоспособности. Динамическое наблюдение на протяжении менее 3 лет показало отсутствие

рецидивов у всех оперированных больных и полное восстановление функции сустава и их трудоспособности.

Выводы: Предложенный метод операции с применением ключично-крючкообразной пластинки в настоящее время является наиболее оптимальной по сравнению с вышеперечисленными методами операции.

Техника выполнения операции не сложная, проводится с минимальной травматизацией мягких тканей и не требует специальной внешней иммобилизации конечности. Однако, пластинка является высокотехнологично дорогой, которую не каждый пациент может себе позволить, поэтому данная проблема остается открытой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Котельников Г. П., Миронов С.П, Мирошниченко В.Ф. // Травматология и ортопедия. – М.: 2006. – №3. – С. 45-51.
- 2 Сорокин А.А. Тактика хирургического лечения вывихов акромиального конца ключицы. //Травматология и ортопедия – М.: 2008. – № 6. – С. 31-36.
- 3 Казанцев А.Б., Лакшинов С.В. Оперативное лечение вывихов акромиального конца ключицы // Травматология и ортопедия – М.: 1995. – С. 96-101.

А.К. КИЛЫБАЕВ, С. С. АЛЬХОДЖАЕВ, С. А. МАХАНОВ, Б. Г. АБДОЛИЕВ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
№4 Қалалық клиникалық аурухана
Травматология және ортопедия кафедрасы

БҰҒАНАНЫҢ АКРОМИАЛДЫ ҰШЫНЫҢ СЫНУЫ, СЫНЫП ШЫҒУЫНЫҢ ОПЕРАТИВТІ ЕМДЕУДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Түйін: Бұғананың акромиалды ұшының шығып сынуы, шығуы йық аумағында көптеп кездесетін жарақаттың түрі және барлық сынып шығулардың 15 % дейін құрайды (П.С.Юмашев). Көбінде жұмысқа қабілетті адамдарда кездеседі. Қазірде оған қатысты жасалып жүрген ота әдістері көп, әзіргіше ойдағыдай емес. Біздер ілмегі бар бұғана пластинасын қолданамыз. Ота тез уақытта жасалынады және жұмсақ тіндер көп бұзылмайды.

Түйінді сөздер: бұғананың акромиалдық ұшы, сынық, буынның таюы, бұғананың акромиалды ұшын қалпына келтіру, бұғананың ілгек тілімшесі.

A.K. KILYBAEV, S.S. ALCHODZHAEV, S. A. MACHANOV, B. G. ABDOLIEV
Asfendiyarov Kazakh National medical university
#4 City Clinical Hospital
Department of traumatology and orthopaedy

COMPARATIVE EVALUATION OF OUTCOMES OF OPERATIVE TREATMENT OF FRACTURES- LUXATION ACROMIAL END OF THE CLAVICLE

Resume: Luxation and fracture of the acromial end of the clavicle are fairly common injuries of the shoulder girdle and up to 15% (P.S. Yumashev) all fractures- luxation. They arise as a result of direct or indirect trauma mechanism. It occurs predominantly in men of working age from 18 to 75 years.

Keywords: acromial end of the clavicle, luxation or dislocation, restoration acromial end of the clavicle, clavicular hook plate.

Р.Р. Гайсин, А.К. Килыбаев, А.И. Панфилов, А.А.Федотов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

АСТРАГАЛЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

УДК 616.728.51-002.3-089:616.379-008.64

Актуальность: На сегодняшний день сахарный диабет является одним из самых распространённых заболеваний в мире. Наряду с этим данная патология имеет огромное количество проявлений в виде поражений внутренних органов и сосудов. В частности в отдельном ряду стоит диабетическая ангиопатия нижних конечностей, которая приводит к развитию «диабетической стопы».

В травматологической практике нередки осложнения травм, связанных с сахарным диабетом. Лечение остеомиелита таранной кости на фоне «диабетической стопы» является актуальной в гнойной травматологии.

Цель работы: изучить проявления остеомиелита таранной кости на фоне диабетической стопы.

Материалы и методы обследования: Таранная кость является одной из самых неблагоприятных костей, если рассматривать её в рамках гнойной травматологии. Данная патология встречается редко и зачастую тактика травматологов, незнакомых с подобной патологией, имеет неудовлетворительный результат. Пассивная хирургическая тактика, консервативное лечение приводят к развитию ещё больших осложнений, приводящих в некоторых случаях к крайне неблагоприятным последствиям в виде ампутации нижней конечности.

В клинике кафедры травматологии – ортопедии в КазНМУ на базе 4-ГКБ с 2012-2016 гг., внедрен метод операции астрагалэктомия с фиксацией дистального отдела нижней конечности в аппарате внешней фиксации. Залогом благоприятного исхода является тотальное удаление таранной кости, радикальная некрэктомия всех нежизнеспособных и сомнительных мягких тканей, иссечение всех пораженных сухожилий и связочного аппарата. Должен учитываться угол

Проблемы гнойно-воспалительных заболеваний у больных сахарным диабетом не теряют своей актуальности. Одной из таких проблем является проблема остеомиелита таранной кости у больных с «диабетической стопой». У большинства травматологов нет четкой тактики лечения данной патологии. В ознакомительных целях хотелось бы затронуть лечение данной проблемы.

Ключевые слова: астрагалэктомия, сахарный диабет, диабетическая стопа, гнойная травматология, таранная кость

фиксации стопы. Медикаментозное лечение сводится к коррекции сахара, улучшение микроциркуляции и трофики тканей, антибактериальная терапия с учётом чувствительности флоры. Срок иммобилизации в АВФ составляли в среднем 5-6 месяцев.

Нами, в отделении костно-гнойной хирургии, проведена операция астрагалэктомия на 16 больных, исходы у 9-ти больных хорошие, у 5-ти удовлетворительные, у 2-х неудовлетворительные.

Вывод: Лечение больных с остеомиелитом таранной кости на фоне диабетической стопы методом астрагалэктомии с фиксацией в АВФ компенсирует большую часть проявлений сахарного диабета в поражённой конечности. При формировании пяточно-берцового артродеза формируется внутрикостное кровоснабжение стопы улучшающее микроциркуляцию. Данная операция не является методом выбора. В нашей практике мы не встречали рецидивов проявлений диабетической стопы на оперированной конечности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ежов М. Ю. Диагностика и лечение крузартроза и посттравматического асептического некроза таранной кости// Медицинский альманах. – СПб.: 2012. – № 1. – С.31 – 40. последствиях повреждений таранной кости // Журнал Иркутского государственного медицинского университета. – Иркутск: 2011. – С.86-89.
- 2 Лебедев В.Ф., Кошкаррева З.В., Виноградов В.Г. Артродезирование суставов при тяжелых

А.К.КИЛЫБАЕВ, Р.Р.ГАЙСИН, А.И.ПАНФИЛОВА, А.А.ФЕДОТОВ.
*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
 Травматология-ортопедия кафедрасы,
 Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.*

АЯҚ ЗАҚЫМДАЛҒАН ҚАНТ ДИАБЕТИ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ ОТА АСТРАГАЛЭКТОМИЯСЫ

Түйін: Қант диабеті бар науқастарда «қабыну аурулары» өзектілігін жоғалтқан жоқ. Осы проблемалардың бірі «табан қант диабеті». Табан қант диабеті бар науқастардың басты мәселесі остеомиелитті емдеу болып табылады. Әзірге аурулардың нақты емдеу тактикасы шешілген жоқ.

Түйінді сөздер: астрагалэктомия, қант диабеті, диабеттік табан, іріңді травматология, астрагал.

A.K.KILYBAEV, R.R.GAYSIN, A.I.PANFILOV, A.A.FEDOTOV
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
 Department of traumatology-orthopaedy,
 City Clinical Hospital №4, branch of KGH, Almaty c.*

ASTRAGALEKTOMIYA IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS WITH LESIONS OF THE LOWER EXTREMITIES

Resume: The problem of inflammatory diseases in patients with diabetes do not lose their relevance. One of these problems is the problem of osteomyelitis of talus in patients with «diabetic foot». The majority of trauma is no clear tactic of treatment of this disease. In order to study I would like to touch upon the treatment of the problem.

Keywords: astragalectomia, diabetes mellitus, diabetic foot, purulent traumatology, astragalus.

Р.Р. Гайсин, А.К. Килыбаев, А.И. Панфилов, А.А. Федотов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ПРИМЕНЕНИЕ ЗАДНЕ-МЕДИАЛЬНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ГОЛЕНИ НА РЕТРОГРАДНОМ КРОВОТОКЕ В ГНОЙНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

УДК 617.5:616-002.3/.584+611.778:615.462/.004.14

Актуальность: Устранение дефектов кожных покровов передней поверхности голени с целью эффективного лечения остеомиелитического процесса большеберцовой кости на фоне перелома или ложного сустава остается актуальной проблемой пациентов, у которых переломы костей голени сочетаются со значительными дефектами кожных покровов не поддающихся путём замещения дефектов местными тканями.

Цель: Освоить и внедрить метод применения задне-медиального кожного лоскута голени на ретроградном кровотоке для устранения дефектов кожных покровов в костно-гнойном отделении клиники кафедры травматологии-ортопедии в КазНМУ на базе 4-ГКБ.

Материалы и методы исследования: Суть выполняемой операции заключается в:

1. Остеосинтезе перелома или ложного сустава в аппарате внешней фиксации, так как другие методы фиксации неприемлемы при данной патологии;
2. Подготовка кожных покровов пораженной области для прикрепления задне-медиального кожного лоскута путем тщательной некрсеквестрэктомии пораженной области;
3. Взятие задне-медиального кожного лоскута с осевым кровоснабжением перфорантными сосудами задней большеберцовой артерии на ретроградном кровотоке с контролем кровоснабжения лоскута;
4. Закрытие кожного дефекта лоскутом с формированием ножки с фиксацией донорской конечности к АВФ путём установки дополнительного фиксирующего модуля;
5. Проведение аутодермопластики донорского участка.

При правильном исполнении всех этапов операции мы получаем состояние пациента, при котором обе нижние конечности в перекрещенном состоянии фиксированные друг к другу модулями АВФ. Данный период является одним из важнейших, так как необходимо проводить ежедневный контроль

Несвободная пластика кожных покровов известна как один из самых эффективных методов лечения. Использование данного метода при лечении больных с дефектами кожных покровов голени заслуживает особого внимания ввиду наибольшей распространённости среди дефектов кожных покровов, сопровождающих переломы и ложные суставы костей голени.

Ключевые слова: задне-медиальный кожный лоскут голени, дефект кожных покровов, несвободная пластика, кровоснабжение перфорантными сосудами, аппарат внешней фиксации

жизнеспособности ввиду риска развития тромба, тренировку ножки лоскута для более активного развития сосудистых анастомозов, а так же тщательных перевязок, как донорского участка, так и места прикрепления лоскута. Данный период является одним из самых тяжелых для пациента. Он ограничен в движениях нижних конечностей и возможности полноценного обслуживания самого себя.

Следующим этапом выполняется пересечение ножки лоскута приблизительно через один месяц. Сроки выполнения данной процедуры подбираются индивидуально с учетом возраста пациента, наличия или отсутствия сопутствующей сосудистой патологии и вредных привычек. Пересечение ножки проводится в амбулаторном порядке.

После заживления ран наступает время следующего этапа лечения – усадка кожных покровов. Данная операция проводится стационарно и затрагивает как область взятия лоскута, так и области его прикрепления.

Таким образом, закрытие кожного дефекта голени путем применения задне-медиального кожного лоскута голени на ретроградном кровотоке длится около 2-х месяцев. В дальнейшем продолжается лечение уже непосредственно костных структур с ведением пациента в АВФ.

По данной методике за последние 3 года (2014-2016гг) прооперированно в отделении костно-гнойной хирургии 12 больных, в возрасте от 18 до 62 лет со сроком течения болезни от 3 до 4 лет. Из них хороших результатов – 6, удовлетворительных-3, неудовлетворительных-3.

Вывод: Данный метод позволяет решать серьезные проблемы связанные с дефектами кожных покровов голени. Осевое кровоснабжение лоскута, несмотря на ретроградный кровоток позволяет достичь максимальных результатов (100% приживляемость лоскута).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 С.А. Обыденов, И.В. Фраучи. Основы реконструктивной пластической микрохирургии. – СПб.: 2000. – С. 99-100.
- 2 Белоусов А.Е., Ткаченко С.С. Микрохирургия в травматологии. – Л.: Медицина, 1988. – 224 с.
- 3 O'Brien B.M. Microvascular reconstructive surgery. - New York: Livingstone, 1977. – 77 p.

А.К. КИЛЫБАЕВ, Р.Р. ГАЙСИН, А.И. ПАНФИЛОВ, А.А. ФЕДОТОВ
*С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
 Травматология-ортопедия кафедрасы,
 Қалалық клиникалық аурухана №4 СІХ бөлімі, Алматы қ.*

ІРІНДІ ТРАВМАТОЛОГИЯДА ТІЗЕНІҢ РЕТРОГРАДТЫ ҚАНСЫРАУЫНДА АРТҚЫ МЕДИАЛЬДЫ ТЕРІ ЖАМАУЫН ҚОЛДАНУ

Түйін: Остеомиелитті емдеу кезінде жіліншік сүйегінің сынығы және қабынуын тиімді емдеу мақсатында тізенің жабындысының дефектісінің алдын алу басты өзекті мәселе болып отыр.

Түйінді сөздер: тізенің артқы медиальды тері жамауы, тері жабындысының дефектісі, перфорантты қан тамырмен қамдану, сыртқы бекету аппараты.

A.K.KILYBAEV, R.R.GAYSIN, A.I.PANFILOV, A.A.FEDOTOV
*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
 Department of traumatology-orthopaedy,
 City Clinical Hospital №4, branch of KGH, Amty c.*

THE USE OF THE POSTERIOR-MEDIAL TIBIA SKIN GRAFT ON THE RETROGRADE FLOW IN PURULENT TRAUMATOLOGY

Resume: Elimination of defects of the skin of the leg forward with a view to the effective treatment of osteomyelitis of the tibia on the background of the process of fracture or nonunion of the tibia is an actual problem of patients who have fractures of the tibia combined with significant defects of the skin is not amenable to substitution be local tissue defects.

Keywords: posterior-medial tibia skin flap, skin defect, non-free plastic, the blood supply perforating vessels, external fixation device.

Р.Р. Ни, С.С. Альходжаев, Н.О. Биконуров

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОГЕЛЕВЫХ ПОВЯЗОК «AQUA DRESS»

УДК 616-001.17:616-001.4-08:615-454

Введение. Ожоговая травма представляет собой глобальную проблему здравоохранения во всем мире, в связи с высокими показателями заболеваемости и смертности, вызывает не только физические дефекты и уродства, но и причиняет психоэмоциональную травму пациенту и его окружению. Большинство случаев ожоговых травм, до 95%, происходят в развивающихся странах. Ежегодно в мире умирают 300 000 человек, получивших термические ожоги пламенем, из 6 миллионов, обратившихся за медицинской помощью с различными ожоговыми травмами. По всей Республике Казахстан летальность от ожогов в целом составляет 5,2%, в соседней России - 3,3%, а в ряде Европейских стран и США колеблется в пределах 0,6- 5%. Высокая летальность пострадавших с тяжелыми термическими поражениями связана с отсутствием единой концепции лечения ожоговой травмы, профилактики и лечения грозных осложнений, таких как полиорганная недостаточность, ожоговый сепсис, поражение нервной системы, приводящих к смерти пациента.

В течении последнего десятилетия Международная Ассоциация ожоговых травм и Всемирная Организация здравоохранения начала активную реализацию программы в противостоянии с ожоговым травматизмом.

Эффективность оказания помощи и лечение больных с термическими травмами в первую очередь связаны с улучшением реанимационных мероприятий, однако, немаловажное значение имеет и местное лечение, так как развивающаяся инфекция в ожоговой ране препятствует своевременному аутодермопластическому закрытию ран и в значительной степени увеличивает риск генерализованной инфекции.

Цель. Совершенствование местного лечения ожоговых ран на основе применения гидрогелевых повязок «AQUA DRESS».

Материалы и методы исследования. Исследования проводились у 30 пациентов II-IIIА-IIIБ степени с общей площадью 2-40% поверхности

В работе исследованы результаты эффективности местного лечения на основе применения гидрогелевых повязок у 30 пациентов с ожоговыми ранами различной локализации и площадью поверхности тела.

Ключевые слова: гидрогелевые повязки, консервативное лечение, перевязка ожоговой раны, эпителизация, грануляция

тела, госпитализированных в ожоговое отделение городской клинической больницы №4 г.Алматы, в период с января 2016 г. по сентябрь 2016 г.

При оценке эффективности местного лечения ожоговых ран, учитывались не только клинические признаки, но и отличительные свойства используемых гидрогелевых повязок.

По клиническим критериям определялись:

1. Интенсивность болевого симптома
2. Динамика и заживление ран
3. Общее состояние пациентов
4. Сроки пребывания в стационаре

Свойства повязок оценивались по следующим показателям:

1. Простота в использовании
2. Выраженность пролонгированного действия повязки
3. Создание влажности, предотвращение раны от высыхания
4. Барьерная функция
5. Предотвращение повреждений грануляционной и эпителиальной тканей во время перевязок
6. Комфорт для пациента
7. Сохранение доступа кислорода к ране
8. Адгезивные свойства
9. Стерильность
10. Аллергичность

Результаты и их обсуждения. В исследуемой группе больных при поступлении в стационар проводилась первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием, опорожнением эпидермальных пузырей, удалением отслоившихся участков кожи и наложением антисептика, с последующим применением стерильных

гидрогелевых повязок «AQUA DRESS» в профильном отделении.

После нанесения гидрогелевых повязок у 25 пациентов отмечалось значительное снижение болевой чувствительности. В отличие от бинтовых повязок, создающих дискомфорт и вызывающих травматизацию нарастающего эпителия, современные гидрогелевые повязки, являющиеся по структуре водной композицией, состоящей из

натуральных и синтетических полимеров, легко моделировались на раневой поверхности наблюдавшихся пациентах, за счет эластичности, оптимальных размеров и формы. Так, благодаря своим адгезивным свойствам и прочности, повязки хорошо удерживались без тенденции к прилипанию в области сгибов суставов, кистей, стоп, лица, шеи, брюшной стенки (рисунок 1).



Рисунок 1 - Пациент с термическим ожогом II-IIIА-IIIБ ст. S=12% (5%) головы, правой и левой верхних конечностей во время нанесения гидрогелевых повязок «AQUA DRESS».



Рисунок 2 - Тот же пациент с положительной динамикой.

Проведенные нами исследования показали, что в среднем у 28 пролеченных пациентов перевязки выполнялись 1 раз в 4 дня, так как не было острой необходимости производить ежедневную обработку ран, за счет пролонгированного действия и прозрачной структуры повязки, которая позволяла визуально контролировать течение раневого процесса. У 2 пациентов с глубоким термическим ожогом III Б степени смена повязки проводилась 1 раз в 2 дня, из-за скопления отделяемого под ними и необходимостью в удалении некротизированных участков ткани, образовавшегося струпа. Поскольку повязки

создают своего рода барьер от внешней инфекции, но проницаемы для лекарственных средств, микробиологические исследования посевов из раны показали снижение количества патогенной микрофлоры, что сказалось на положительной динамике, ускоренному процессу грануляции и эпителизации, тем самым, сократились сроки нахождения пациента на стационарном лечении (рисунок 2).

На протяжении всего периода исследования аллергических реакций и побочных действий на применение повязок «AQUA DRESS» у пациентов не отмечалось.

Выводы. Исследуемый опыт применения стерильных гидрогелевых повязок «AQUA DRESS» в области ожоговых ран показал значительные преимущества перед традиционными марлевыми и бинтовыми повязками. По клиническим критериям и своей структуре повязка «AQUA DRESS», являющаяся современным биоматериалом

третьего поколения, снижает продолжительность лечения, ускоряет репаративные процессы заживления, что позволяет рассматривать данное средство, как перспективный перевязочный материал для местного лечения и оказания неотложной помощи при ожогах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Saud Othman Al Shlash, Jamal Omran Al Madani, Jamal Ismail El Deib, Fatemah Suliman Alsubhi, Sara Saud Al Saifi, Ayman Mohammed Adel Helmi, Sultan Khalaf Al-Mutairi, and Javed Akhtar Khurram. Demographic characteristics and outcome of burn patients requiring skin grafts: a tertiary hospital experience //Int J Burns Trauma. – 2016. – № 6(2). – P. 30–36.
- 2 Kwang Chear Lee, Janine Dretzke, Liam Grover, Ann Logan, and Naiem Moiemem. A systematic review of objective burn scar measurements. //Burns Trauma. – 2016. – 4. – 14 p.
- 3 Matthew P. Rowan, Leopoldo C. Cancio, Eric A. Elster, David M. Burmeister, Lloyd F. Rose, Shanmugasundaram Natesan, Rodney K. Chan, Robert J. Christy, and Kevin K. Chun. Burn wound healing and treatment: review and advancements // Crit Care. 2015. – № 19. – 243 p..
- 4 А.Ю. Унижаева, С.А. Мартынич. Медико-экономическая оценка затрат и качества стационарной помощи при ожоговой травме // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – №6(28). – С.31-33.
- 5 С.С. Альходжаев, Н.О. Биконуров, С.А. Маханов, Ж. Оразхан. Лечение поверхностных ожоговых ран современными антисептиками. //Вестник КазНМУ. – 2015. – №4. – С. 157-158.

Р.Р. НИ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, Н.О. БИКОНУРОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана*

«AQUA DRESS» ГИДРОГЕЛЬДІ ТАҢҒЫШТАРДЫ ҚОЛДАНУ НЕГІЗІНДЕ КҮЙІК ЖАРАҚАТТАРДЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМДЕУ

Түйін: Зерттеу жұмысында орналасуы және дене бетінің аумағы әр түрлі күйік жарақаттары бар 30 науқаста гидрогельді таңғыштарды қолдану негізінде жергілікті емдеу тиімділігі анықталған.

Түйінді сөздер: гидрогельді таңғыштар, консервативті ем, күйік жарақаттарды таңу, эпителизация, грануляция.

R.R. NI, S.S. ALHODZHAEV, N.O. BIKONUROV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

LOCAL TREATMENT OF BURN WOUNDS BY USING HYDROGEL BANDAGE «AQUA DRESS»

Resume: There have been examined the effectiveness of the local treatment by using hydrogel bandage to 30 patients with burn wounds of different localization and area of the body.

Keywords: hydrogel bandage, conservative treatment, toilet of burn wound, epithelialization, granulation.

Р.Р. Ни, Н.О. Биконуров, Б.А. Бердаuletov

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы*

ПЛАСТИКА НЕСВОБОДНЫМ ПАХОВЫМ ЛОСКУТОМ ДЕФЕКТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗМОЗЖЕНИИ КИСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

УДК 616.717.7/.9+617.5-089.844-071

По данным некоторых авторов, повреждение кисти по травматизму занимает одно из первых мест. Чаще всего травмам подвержены лица молодого трудоспособного возраста, среди которых инвалидами становятся в 17-43% случаев. Среди травм опорно-двигательного аппарата открытые повреждения кисти составляют 55-88%, а термические травмы от 30 до 40% и представляют собой социально-экономическую проблему, также вызывая психоэмоциональную травму у пациента и его родственников.

Проблема столь высокого травматизма кроется не только в правильном уходе и контроле инфекции в ране, но и правильно выбранной тактики лечения. Помимо восстановления поврежденных анатомических структур, необходимо восстановить сложную физиологическую функцию кисти. Не всегда возможно добиться желаемого результата при применении свободного кожного лоскута, так как в некоторых случаях происходит лизис трансплантата, рубцевания и повторное изъятие лоскута. Повреждения кисти с обширными дефектами кожи, подкожной клетчатки с обнажением внутренних структур лишают сухожилий, нервов, суставов биологического покрова. Локально нарушен кровоток, изменена нервная регуляция и трофика тканей.

Существующие и наиболее часто используемые традиционные методы свободной и несвободной кожной пластики, не всегда приносят желаемый результат. В таких случаях пересадка кожи на тыльной поверхности кисти безуспешна, так как трансплантат срастается с подлежащими анатомическими структурами, рубцуется и сморщиваются.

По нашему мнению, одним из самых оптимальных методов пластической и реконструктивной хирургии кисти, является кожная пластика паховым лоскутом на сосудистой ножке.

В статье описан клинический случай успешного применения кожной пластики несвободным паховым лоскутом в ГКБ №4 г. Алматы, при травматическом размозжении кисти у пациентки после производственной травмы.

Ключевые слова: пластика, паховый лоскут, травматическое размозжение, травма кисти, дефект кожи

В ожоговом отделении ГКБ №4 г. Алматы, у пациентов с глубокими ожогами, отморожениями кистей, механическими повреждениями, электротравмами, наиболее часто выполняется пластика дефекта паховым лоскутом с осевым кровоснабжением. По нашим наблюдениям, паховый лоскут хорошо кровоснабжается, уменьшает зону некроза, за счет возможности взятия большого размера для кисти, полноценно закрывает функциональные структуры.

Нам бы хотелось привести один из примеров лечения методом кожной пластики дефекта несвободным паховым лоскутом с осевым кровообращением у пациентки с травматическим размозжением кисти.

Пациентка Г, 21 лет, поступила в приемное отделение ГКБ №4, г. Алматы, с размозжением правой кисти и переломами пястных костей, а также с неполным отрывом III пальца. Травма производственная, правая рука попала в промышленную мясорубку. В приемном покое произвели ампутацию III пальца, остеосинтез пястных костей спицами, после чего госпитализировали в отделение сочетанной травмы. Спустя 2 недели, больная была переведена в ожоговое отделение для восстановления целостности кожного покрова правой кисти (рисунок 1).



Рисунок1 - Пациентка до операции



Рисунок 2а. - Пациентка после операции.

Несвободный паховый лоскут подшит к раневому дефекту правой кисти (вид спереди).



Рисунок 26 - Та же пациентка (вид сзади).



Рисунок 3а. - Та же пациентка после
отсечения лоскута (вид спереди).



Рисунок 3б- Та же пациентка (вид сбоку).

Первым этапом выполнена некрэктомия. Затем, в правой паховой области выкроен несвободный паховый лоскут, который подшит к раневому дефекту правой кисти (рисунок 2а, 2б).

Спустя 3 недели выполнена тренировка «ножки» пахового лоскута и отсечение. Приживление лоскута удовлетворительное (рисунок 3а, 3б).

Следующим этапом отмоделированы края лоскута после отсечения «ножки».

На данное время пациентка выписана. Через 6 месяцев планируется выполнить следующие этапы: обезжиривание лоскута и восстановление функции кисти.

Сразу же хотелось отметить преимущества и недостатки данного лоскута. К преимуществам относится большая надежность приживления, возможность выкраивания больших размеров лоскута с соотношением длины к ширине 1:6,

иммобилизация по схеме «рука-туловище» достаточно легко переносится.

Основным недостатком пахового лоскута можно считать сложность его использования у тучных больных, что требует в дальнейшем корригирующих операций по истончению подкожно жировой клетчатки.

Заключение. Таким образом, данный клинический случай с применением несвободного пахового лоскута с осевым кровоснабжением показывает успешность лечения не только при ожогах или обширных ранениях, но и является наиболее оптимальной тактикой лечения при размозженной травме кисти сочетающейся с переломами пястных костей или фаланг пальцев. Данный кожно-пластический метод способствует полному восстановлению функции кисти, а также дает возможность в последующем поэтапно корректировать анатомические структуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Пенаев А.А. Хирургическое лечение дефектов тканей кисти. //Хирургия. – М.: 1995. – С.31-39.
- 2 Березуцкий С.Н., Воловик В.Е. Применение пахового лоскута на сосудистой ножке при

хронических постлучевых язвах тыльной поверхности кисти. // Новые технологии и хирургии. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – №3(41). – 281 с.

Р.Р. НИ, Н.О. БИКОНУРОВ, Б.А. БЕРДАВЛЕТОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

«AQUA DRESS» ГИДРОГЕЛЬДІ ТАҢҒЫШТАРДЫ ҚОЛДАНУ НЕГІЗІНДЕ КҮЙІК ЖАРАҚАТТАРДЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМДЕУ

Түйін: Зерттеу жұмысында орналасуы және дене бетінің аумағы әр түрлі күйік жарақаттары бар 30 науқаста гидрогельді таңғыштарды қолдану негізінде жергілікті емдеу тиімділігі анықталған.

Түйінді сөздер: гидрогельді таңғыштар, консервативті ем, күйік жарақаттарды таңу, эпителизация, грануляция.

R.R. NI, N.O. BIKONUROV, B.A. BERDAVLETOV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, #4 City Clinical Hospital*

**A CLINICAL CASE OF USING INGUINAL NON-FREE SKIN GRAFTING TO A PATIENT
WITH CRUSH INJURY HAND**

Resume: There is a clinical case in the article of successfully using inguinal non-free skin grafting to a patient with crush injury hand, who was treated in City Clinical Hospital №4 of Almaty.

Keywords: inguinal non-free skin grafting, crush injury, skin defects of hands.

Р.Р. Ни, Н.О. Биконуров

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
Кафедра травматологии и ортопедии,
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСТАНОВКИ «РЕДАКТРОН»

УДК 616-001.17:615.471.264-08

Ожоговая травма представляет собой глобальную проблему общественного здравоохранения и является основным источником заболеваемости и смертности различных возрастных групп населения не только в странах с низким и средним уровнем дохода, но и в развитых странах. Каждый год более 300 000 человек во всем мире умирают от ожогов, вызванных в основном термическими ожогами пламенем.

Ожоговый травматизм создает тяжелое экономическое бремя для общественного здравоохранения, сопряженное с колоссальными затратами на лечение, так как большинство пострадавших людей от ожогов, нуждающихся в госпитализации, комплексном стационарном лечении, долгосрочной реабилитации, приводящей к временной нетрудоспособности, а в некоторых случаях к инвалидности, безработице и социальному отчуждению.

За последние годы расширился выбор технических устройств комплексного лечения тяжело обожженных больных с обширными и глубокими ожоговыми ранами. Так, например, в ожоговом центре ГКБ №4 г. Алматы используется противоожоговая кровать Fluidos, производство Redactron, Голландия. Использование автоматизированной противоожоговой кровати позволило значительно снизить осложнения тяжело обожженных больных, находящихся на стационарном лечении в ожоговом отделении 4ГКБ, особенно с обширной циркуляционной площадью ожоговой поверхности и глубокими ранами с преимущественной локализацией по задней поверхности тела.

По нашим наблюдениям, находясь на обычной палатной кровати, тяжелые ожоговые больные травмировали грануляции, углублялись раны, происходил вторичный некроз, образовывались пролежни, а места после аутодермопластики, кожные лоскуты пролеживались, что приводило к затягиванию лечебного процесса.

Сущность кровати на воздушной подушке производства «Redactron» заключается в заполненной микросферами с бактерицидными

В статье отражены преимущества и эффективность использования установки противоожоговой кровати «РЕДАКТРОН» при обширных поверхностных и глубоких ожоговых ранах у пациентов, находившихся на стационарном лечении в ожоговом отделении ГКБ №4 г. Алматы.

Ключевые слова: интоксикация, термический ожог, противоожоговая кровать, комплексное лечение, редактрон

добавками ванну, связанную с системой подачи теплого воздуха с температурой прогрева до 38° градусов для обдува больного. Воздух, попадая в ванну, приводит к флюидизации микросфер, вызывая эффект плавучести пациента в «сухой жидкости». За счет связывания биологических жидкостей (пот, кровь, урина, выделения из ран и др.) с микросферами, образовывались конгломераты, которые оседали на дно ванны, что препятствовало дальнейшему развитию пролежней, инфекции в ранах, общей интоксикации. Кроме того, происходило более быстрое высушивание струпа, что также оказывало положительное влияние на течение ожоговой болезни, создавались оптимальные условия для приживления пересаженных лоскутов.

Однако, длительное пребывание больных на кровати «Redactron» с псевдожидкостью, в перспективе приводило к атрофии скелетных мышц. В последующем больные испытывали затруднения в передвижении и утрачивали возможность к самообслуживанию. В связи с чем, возникла необходимость адаптационной тренировки в виде чередования нахождения больных в противоожоговой и палатной кроватей, с проведением разработки суставов и укреплении мышц.

Заключение. Применение установки противоожоговой кровати «Redactron» в комплексном лечении пациентов с обширными циркулярными поверхностными и глубокими ожоговыми ранами, с преимущественной

локализацией в неблагоприятных зонах, значительно повышает эффективность лечения,

снижает продолжительность лечения, ускоряет репаративные процессы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Saud Othman Al Shlash, Jamal Omran Al Madani, Jamal Ismail El Deib, Fatemah Suliman Alsubhi, Sara Saud Al Saifi, Ayman Mohammed Adel Helmi, Sultan Khalaf Al-Mutairi, and Javed Akhtar Khurram. Demographic characteristics and outcome of burn patients requiring skin grafts: a tertiary hospital experience // Int J Burns Trauma. – 2016. – № 6(2). – С. 30–36.
- 2 Мухин И.В., Кухтенко Ю.В. Ожоги и отморожения. – Волгоград: 2012. – 87 с.

Р.Р. НИ, Н.О. БИКОНУРОВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 қалалық клиникалық аурухана*

«РЕДАКТРОН» КЕРЕУЕТІНІҢ ҮЛКЕН БЕТКЕЙДІ ҚАМТЫҒАН КҮЙІК ЖАРАЛАРЫ КЕЗІНДЕГІ АРТЫҚШЫЛЫҒЫ МЕН ТИІМДІЛІГІ

Түйін: Мақалада «РЕДАКТРОН» кереуетінің үлкен беткейді қамтыған күйік жаралары кезіндегі артықшылығы мен тиімділігі қарастырылған. Материал №4 ҚКА күйік бөлімшесінде емделген науқастар негізінде жинастырылды.

Түйінді сөздер: интоксикация, редактрон, термиялық күйіктер.

R.R. NI, N.O. BIKONUROV

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy, 4 City Clinical Hospital*

EFFECTIVE TREATMENT OF BURN WOUNDS BY USING "REDAKTRON"

Resume: The article describes the advantages and efficiency of using "Redaktron" to patients with extensive superficial and deep burn wounds who were hospitalized in City Clinical Hospital №4 of Almaty.

Burn injuries are a global public health problem and is a major source of morbidity and mortality in different age groups, not only in low- and middle-income countries but also in developed countries. Every year more than 300 000 people around the world die from burns caused by mainly thermal burns in flames.

Burn injuries caused heavy economic burden for public health, combined with the huge cost of treatment, since most of the people affected by burns require hospitalization, integrated patient treatment, long-term rehabilitation, leading to temporary disability and, in some cases, disability, unemployment and social exclusion.

In recent years, expanded range of technical devices of complex treatment of seriously ill patients with extensive and deep burn wounds. For example, in the burn center CCH №4 Almaty Burns used bed Fluidos, production Redactron, Netherlands. Use automated Burns bed significantly reduce complications seriously burnt patients who are hospitalized in the burn ward 4GKB, especially with a large circulation area of the burn surface and deep wounds preferentially localized on the posterior surface of the body.

Application installation Burns bed «Redactron» in the complex treatment of patients with large circular surface and deep burn wounds, preferentially localized in disadvantaged areas, significantly increases the effectiveness of treatment and reduces the duration of treatment, accelerates reparative processes.

Keywords: intoxication, thermal burn, Redactron.

Е.Ж. Омирзак

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ЭХИНОКОККОЗ ПОЗВОНОЧНИКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ

УДК 61.616.7

По данным научных источников, поражение костей, вызванные многокамерным (*Echinococcus multilocularis*) и однокамерным (*Echinococcus granulosus*) эхинококками, в литературе обычно описывают под общим названием эхинококкоз и (или) гидатидные кистозные поражения. Заражение происходит энтерально при попадании личинок (онкосфер) в рот после соприкосновения с загрязненными шкурками животных (лисиц, песцов, собак), с водой непроточных водоемов, а также при употреблении в пищу лесных ягод, собранных в эндемичной местности. Человек является промежуточным хозяином паразита.

Поражение костей встречаются в 0,5-2 % всех случаев эхинококкоза, при этом изменения в позвоночнике наблюдаются в 45-50% [1,2,3]. Проникновение паразита в позвоночник происходит по прямым венозным анастомозам между системой воротной вены и вен позвоночника [4], чаще поражается поясничный, реже — грудной и шейный отделы [5]. Описано также одновременное поражение всех отделов позвоночника [6]. Большинство больных имеют неврологические нарушения, вызванные компрессией спинного мозга и корешков паразитарными кистами. Наиболее часто пациенты наблюдаются с диагнозом опухолевого поражения, туберкулезного или неспецифического спондилита, грыжи дисков [5].

При рентгенографии выявляются одно- и многокамерные образования, иногда с уровнем жидкости и ободком или участками обызвествления в зоне определяемой тени. При компьютерной томографии выявляется кистозное образование в органе. Для уточнения природы кисты учитывают клинические и специальные лабораторные данные. В анамнезе учитывается проживание в местах распространения эхинококка, контакт с собаками, длительное течение заболевания. Возможны аллергические проявления — крапивница, аллергический дерматит и др. В крови эозинофилия, иногда

В статье представлен редкий клинический случай эхинококкоза позвоночника. Больному с диагнозом туберкулез позвоночника была назначена противотуберкулезная химиотерапия. Консервативное лечение оказалось не эффективной. Диагноз верифицирован на контрольной рентгенографии, где был выявлен эхинококкоз позвоночника, проведено хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: эхинококкоз позвоночника, рентгенологические особенности, хирургическое лечение

высокая (до 10-13%), количество эозинофилов увеличивается после пальпации кисты или аллергической пробы. Из специальных лабораторных методов используют реакцию Кацони - кожно - «аллергическую пробу» (внутрикожно вводят 0,2 мл диагностикума, изготовленного из жидкости эхинококковой кисты). На месте инъекции, если больной страдает эхинококкозом, появляются выраженная краснота и отечность. В 10-20% случаев при эхинококкозе реакция может быть отрицательной [7]. В ЦСЖ отмечается умеренное повышение содержания белка и незначительный лейкоцитарный плеоцитоз, иногда обнаруживаются эозинофилы. Решающее значение имеют КТ или МРТ, а в случае обызвествления кист эффективна обычная рентгенография [8]. Методом выбора может служить тонкоигольная и диагностическая пункция эхинококковой кисты под контролем УЗИ и под прикрытием медикаментозного лечения. Полноценное обследование пациента-это использование современных методов диагностики, включая РКТ, МРТ, соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургического вмешательства [9], специфическое медикаментозное лечение в послеоперационном периоде альбендазолом и его аналогами. Лечение эхинококковых поражений позвоночника оперативное, по возможности радикальное,

включающее ламинэктомию, резекцию пораженных тел позвонков и переднюю декомпрессию спинного мозга, удаление кист, обработку тканей гипертоническими солевыми растворами и стабилизацию позвоночника [10,11]. Радикальный подход в лечении больных с применением современных достижений вертеброхирургии – удаление компрессирующего очага, реконструкция и стабилизация позвоночной колонны, что позволяет достичь ранней и полной реабилитации [12].

Приводим клинический случай из практики.

Больной Р., 30 л. Жалобы при поступлении на боли в области поясничного отдела позвоночника, усиливающиеся при движении, слабость, потеря в весе составила за месяцев 5кг. Ранее туберкулезом не болел, туберкулезный контакт не известен. Со слов больного считает себя больным с июня 2013г. Обратился в поликлинику по месту жительства, где было рекомендовано КТ- обследования позвоночника. По заключению обследования методом КТ от 16.07.13г не исключался туберкулез позвоночника. Далее он был направлен в ОПТД с диагнозом: Туберкулезный спондилит L1-2-3 позвонков осложненный абсцессом. Распространенно-деструктивная форма. Активная стадия. Больному начато лечение по 1-категории. На фоне лечения противотуберкулезными препаратами в течений двух месяца состояние больного прогрессивно ухудшилось, боли усилились. В связи с чем он был направлен в НЦПТ РК. Состояние при поступлении было оценено как средней степени тяжести за счет выраженного болевого синдрома.

Локально при осмотре определялось напряжение мышц спины. При осевой нагрузке на остистые отростки болезненность усиливалось на уровне тел L1-2-3 позвонков, на этом уровне отмечается гиббус. Справа m.Iliopsoas напряжен. Движение и чувствительность в нижних конечностях сохранены, функции органов малого таза не нарушены.

Результаты лабораторных исследований:

Данные общего анализа крови, мочи, биохимии, коагулологические на момент исследования были в пределах нормы.

Результат обследования КТ поясничного отдела позвоночника: Отмечена контактная деструкция тел L1-2-3 позвонков с костными секвестрами, определялась тень пре- и паравертебрального абсцесса справа.

Для верификации диагнозу больному 29.08.13г было произведена операция. Люмботомия справа, абсцессотомия, некроэктомия тел L1-2-3. Удалены многочисленные крупные и мелкие капсулы с жидким содержимым и костными секвестрами.

Гистологическое исследование от 06.09.2013г. №2166-68 Эхинококкоз позвоночника.

Больному проведено патогенетическое и симптоматическое лечение: Бильтрецид 600.0 мг по 1 т/б №21, Глюкоза 5% 200.0 + Вит С 6.0 в/в №7, NaCl 0.9% 200.0 в/в №7, Р/Рингера 400.0 в/в №5, Фенобарбитал по 1 т/б №1, Промедол 2% 1.0 №4. Переливание крови и кровезаменителей в отделении не проводилось.

Решением ВКК от 06.09.13г туберкулез позвоночника L1-2-3 исключен, все ПТП отменены, снят с учета.

На фоне проводимой комплексной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром купирован. Больной нагружен дозированной нагрузкой в съемном корсете, передвигается самостоятельно. Дренажная трубка функционировала, ежедневно проводилось промывание асептическими растворами и глицерином по дренажу. В тенденции отмечается уменьшение количество отделяемого из дренажа. Послеоперационная рана чистая без признаков воспаления. На 14 день сняты швы.

В динамике на рентгенографии поясничного отдела позвоночника в послеоперационный период: контуры остатков тел позвонков сближены, свежих очагов деструкций не выявлено, паравертебральные мягкие ткани без особенностей, абсцесса нет.

Больной в удовлетворительном состоянии выписывается для дальнейшего лечения по месту жительства с рекомендацией о наблюдении у инфекциониста.

Таким образом, представленный случай эхинококкового поражения позвоночника интересен из-за редкости заболевания и типичности ошибок, допускаемых на этапах диагностики и лечения. Для своевременной верификации диагноза эхинококкозе позвоночника целесообразно более широкое внедрение в диагностическую практику рентгенологической компьютерной томографии (РКТ). Для профилактики рецидивов необходимо проведение динамического КТ - мониторинга пациентов, перенесших хирургическое вмешательство по поводу эхинококкоза. Кратность мониторинга каждые 3 месяца в первый год после операции и 2 раза в год в последующие 8 лет.

Выявление эхинококкового поражения одного из органов требует исключения диссеминации в другие органы пациента.

Следует отметить, что в областях и регионах, хотя и редко, но встречаются случаи, когда эхинококковое поражение позвоночника принимают за туберкулезный спондилит.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Е.П. Шуваловой. Тропические болезни. – СПб.: 2004. – 94 с.
- 2 Kourias B. Presse Med. – 1961 – V. 69 – P. 165 – 168.
- 3 Hamdan T.A, Al-Kaisy M.A. Dumbbell hydatid cyst of the spine: case report and review of the literature. 2000. – V.25 – P. 1296–1299.
- 4 Fiennes A.G., Thomas D.G. Combined medical and surgical treatment of spinal hydatid disease: a case report // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1982. – V. 45. – P. 927–930.
- 5 Morshed A.A. Hydatid disease of the spine // Neurochirurgia (Stuttg). 1977. – V. 20. – P. 211–215.
- 6 Karray S., Zlitni M., Karray M., et al. Extensive vertebral hydatidosis. A study // Acta Orthop. Belg. 1993. – V. 59 – P. 100–105.
- 7 Н.Н. Яхно, ДР. Штүльман Болезни нервной системы – М.: Медицина, 2001. – Т.1. – 428 с.
- 8 Вафин А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе // Хирургия. – 1993. – №4. – С.70-74.
- 9 Pamir M.N., Akalan N., Ozgen T., et al. Spinal hydatid cysts // Surg. Neurol – 1984. – V. 21 – P.53–57.
- 10 Turtas S., Viale E.S., Pau A. Long term results of surgery for hydatid disease of the spine // Surg. Neurol. 1980. – V.13. – P. 468–470.

Е.Ж. ОМИРЗАК

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 Қалалық клиникалық аурухана*

ОМЫРТҚА ЭХИНОКОККОЗЫН ТУБЕРКУЛЕЗДІ СПОНДИЛИТПЕН ДИФФЕРЕНЦИЯЛАУ

Түйін: Бұл мақалада сирек кездесетін жағдай омыртқа эхинококкозы туралы қарастырылған. Омыртқа туберкулезімен дифференциялау қиындықтары және диагностикалық ерекшеліктері қамтылған.

Түйінді сөздер: омыртқа эхинококкозы, рентген, эхинококкоз хирургиялық емі.

E.ZH. OMIRZAK

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy
City Clinical Hospital №4*

ECHINOCOCCOSIS SPINE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUBERCULOUS SPONDYLITIS

Resume: Presented a rare clinical case of hydatid disease of the spine. The patient was diagnosed with spinal tuberculosis assigned TB chemotherapy. Conservative treatment without effect. The radiography was detected hydatid disease of the spine, and underwent surgical intervention.

Keywords: spinal hydatid disease, radiological features, surgical treatment.

**В.А. Селиванов, М.О. Жумагулов, Е.Ж. Омирзак, И.В. Кравченко,
Р.М. Токушев, Б.Т. Абдалиев**

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии*

Городская клиническая больница №4 г. Алматы

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРЫВА ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА

УДК 616.718.5/.6:616.758-001.33-08

Введение. Повреждение дистального межберцового синдесмоза является распространенной патологией. Нестабильность дистального межберцового синдесмоза возникает примерно в 10% случаев всех переломов области голеностопного сустава и в 25% случаев всех переломов области голеностопного сустава, требующих оперативного лечения[1,2,9]. Для фиксации разрыва дистального межберцового синдесмоза доступно множество оперативных техник, таких как фиксация одним или двумя кортикальными винтами; фиксация болтстяжкой; фиксация системой «suture button» и другие[1,13,14,16-19]. Однако нет золотого стандарта лечения и оптимального метода фиксации синдесмоза и данная проблема остается темой дебатов по сей день. Все вышеперечисленные техники имеют свои недостатки. При фиксации одним или двумя кортикальными стальными или титановыми винтами возможен рецидив диастаза в области синдесмоза после удаления винтов, миграция, перелом металлоконструкции, необходимость в повторном оперативном вмешательстве для удаления металлоконструкции[3,6,7]. При фиксации биоабсорбируемыми винтами возможно рассасывание его до образования устойчивой фиксации, так же, нередко, фиксация синдесмоза биоабсорбируемым винтом нередко приводит к остеолиту [5]. Фиксация системой болтстяжки допускает некоторый объем микродвижений, однако он не достигает нормальных показателей в дистальном большеберцово-малоберцовом сочленении, особенно это касается ротации малоберцовой кости[8].

Артроскопия является полезной дополнительной техникой при лечении переломов голеностопного сустава. Некоторые авторы упоминают артроскопически ассистируемые остеосинтезы

В статье описана техника артроскопического восстановления дистального межберцового синдесмоза, анализ методов лечения и предложен алгоритм лечения данной патологии.

Ключевые слова: артроскопия, разрыв, синдесмоз, лечение, алгоритм

переломов голеностопного сустава[4,15]. Предполагается, что артроскопического восстановления дистального межберцового синдесмоза может также стать полезной опцией. Целью данной статьи является описание техники артроскопического восстановления дистального межберцового синдесмоза и представление серии клинических случаев.

Материалы и методы. В исследование включены 5 пациентов, с артроскопическим восстановлением дистального межберцового синдесмоза, прооперированные в период с декабрь 2014 по март 2015 годов. Из них 1 женщина и пять мужчин, в средней возрастной категории 22,8 лет (11-41 год). Травмированы были одна левая и пять правых нижних конечностей. Сопутствующие разрыву синдесмоза травмы: частичный разрыв дельтовидной связки (n = 1), полный разрыв дельтовидной связки(n = 3), полный разрыв передней большеберцово-малоберцовой связки (n = 2), перелом наружной лодыжки (n = 2), перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости (n = 1), хондромалация таранной кости (n = 1), полный разрыв передней нижней большеберцово-малоберцовой связки (n = 1), дисгенезия ростковой зоны epiphysis dysgenesis. В ходе оперативного лечения произведено артроскопическое восстановление синдесмоза (n = 4) и артроскопическое восстановление синдесмоза с дополнительной фиксацией винтом (n = 1) (Таблица 1).

Таблица 1

№	Возраст	Пол	Сторона	Сопутствующие травмы	Методика фиксации синдесмоза	Дополнительные операции
1	41	М	Пр.	Полный разрыв дельтовидной связки	Артроскопическое восстановление синдесмоза+фиксация 2 винтами	Восстановление дельтовидной связки
2	24	М	Лев	Перелом латеральной лодыжки, полный разрыв дельтовидной связки	Артроскопическое восстановление синдесмоза	Восстановление дельтовидной связки, остеосинтез латеральной лодыжки
3	11	Ж	Пр	Дисгенезия ростковой зоны, разрыв передней большеберцово-малоберцовой связки, хондромалиция таранной кости	Артроскопическое восстановление синдесмоза	Артроскопическая модифицированная операция Брострома
4	21	М	Пр	Перелом обеих лодыжек, заднего края большеберцовой кости, парциальный разрыв дельтовидной связки, полный разрыв передней нижней большеберцово-малоберцовой	Артроскопическое восстановление синдесмоза	Восстановление дельтовидной связки, остеосинтез пластиной и спицами
5	17	М	Пр	Перелом латеральной лодыжки, полный разрыв дельтовидной связки, передней нижней большеберцово-малоберцовой, передней большеберцово-малоберцовой связки	Артроскопическое восстановление синдесмоза	Восстановление дельтовидной связки, остеосинтез пластиной

Диагноз разрыва дистального межберцового синдесмоза был подтвержден рентгенографически во время операции при помощи стресс теста в наружной ротации стопы, а также при артроскопии путем прямой визуализации и положительного симптома диастаза. Параметры оценки исхода лечения были следующие: величина межберцового промежутка в прямой и Мортис проекции, расстояние от внутренней поверхности

медиальной и латеральной лодыжки до таранной кости, Шкала Американской Ассоциации Ортопедии Стопы и Голеностопного Сустава (AOFAS), визуальная аналоговая шкала (VAS). Оценка была произведена в пре- и послеоперационном периоде (в среднем через 9 недель после оперативного лечения).

Оперативная техника. Все оперативные вмешательства производились под спинальной или

общей анестезией с положением пациентов на спине. Пациентам с переломом первично произведена открытая репозиция и внутренняя фиксация блокирующими пластинами и винтами. Под ЭОП контролем произведен стресс тест в наружной ротации стопы. При помощи трех стандартных портов (переднелатеральный, переднемедиальный, центральный) произведена диагностика голеностопного сустава, проба на диастаз в области большеберцово-малоберцового сочленения с обязательной ревизией задней большеберцово-малоберцовой связки. Артроскопическое восстановление синдесмоза

было произведено у пациентов с интактной задней большеберцово-малоберцовой связкой. Коррекция сопутствующей патологии, такой как хондромалиция таранной кости, синовит, была произведена после тщательной диагностики сустава. В области проведения якорей при помощи шейвера выполнен дебридмент. Точка введения якоря в малоберцовую кость находится по передней поверхности на уровне суставной щели, точка введения второго якоря на 1 см медиальнее малоберцовой кости и как возможно более проксимально (рисунок 1).

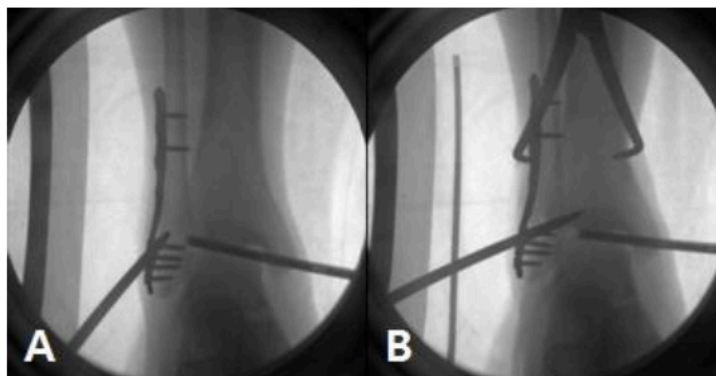


Рисунок 1

Точки введения якорей (А) на малоберцовой и (В) большеберцовой кости под контролем ЭОПа. Синовиальная оболочка и надкостница удалены в местах проведения якорей при помощи шейвера и артроскопического бура. Была выполнена репозиция при помощи репозиционных цапок под ЭОП контролем. Одноразовое шило (BioComposite SwiveLock, 3.5 mm; Arthrex) введено через переднелатеральный портал, далее под ЭОП и артроскопическим контролем найдена точка введения. Шило забито в кость до уровня метки и затем извлечено. То же произведено с большеберцовой костью. Якорь BioComposite SwiveLock (3.5 × 14.8 mm) с нитью TigerWire введен

через переднелатеральный портал в подготовленное место введения и закручен отверткой до уровня метки. Далее ручка удалена при помощи вращения против часовой стрелки. Обе нити первого якоря пропущены через ушко второго якоря BioComposite SwiveLock (3.5 × 14.8 mm). Якорь введен через переднелатеральный портал. Под натяжением нитей, якорь слегка забит в подготовленное место на большеберцовой кости до касания нижнего участка якоря поверхности кости, далее якорь закручен по часовой стрелке до лазерной метки (рисунок 2), ручка удалена.

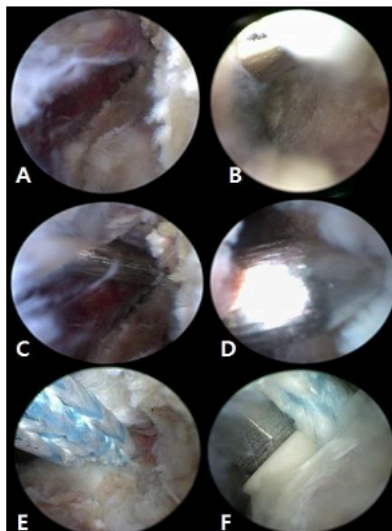


Рисунок 2

Интраоперационные снимки, показывающие обработанные (А) малоберцовой и (В) большеберцовой костей для введения якорей. (С) Проведение отверстий шилом в малоберцовой и (D) большеберцовой костях. (Е) вид после введения

якорей в малоберцовую и (F) большеберцовую кости.

Концы нитей срезаны артроскопическим ножницами, репозиционные цапки сняты. Тест на диастаз и стресс тест наружной ротации стопы повторно произведены (рисунок 3). Раны зашиты.

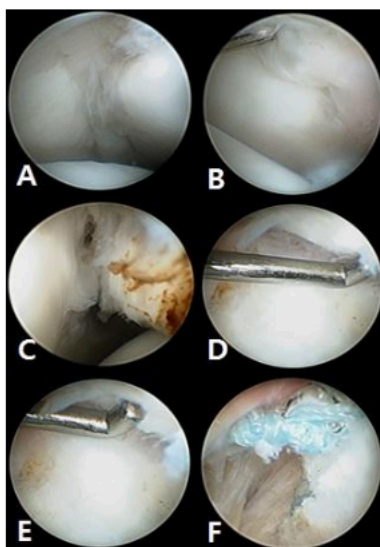


Рисунок 3

Интраоперационные снимки пациентки 11 лет, изображающие (А) синовит области синдесмоза и (В) позитивный тест на диастаз. Вид синдесмоза после дебридмента (С). (D, E,F) Снимки после восстановления синдесмоза; отрицательный тест на диастаз.

В послеоперационном периоде на 4 недели наложены задние лонгеты. Через 4-6 недель-начало активной разработки голеностопного сустава. Через 6 недель пациенты начинали осевую нагрузку с исключением бега или других факторов, увеличивающих нагрузку на синдесмоз. Через 8

недель после операции пациентам разрешалось начинать физические упражнения и нагрузки.

Результаты. Функция голеностопного сустава была оценена в пре- и послеоперационном периоде по AOFAS и VAS шкалам. В среднем послеоперационном периоде через 6 недель AOFAS был 86,3 (74-100) по сравнению со средними предоперационными показателями 29,3 (13-41). Значения VAS снизились с 5,5 (2-8) до 2,3 (0-5). Сравнение пред- и послеоперационном рентгеновских снимков показало устранение подвывиха стопы (равнозначность расстояний от внутренней поверхности латеральной и

медиальной лодыжек до таранной кости. Величина межберцового промежутка в прямой и Мортис проекциях в серии послеоперационных снимков стала в пределах нормы, однако в 3 из 5 случаев снимки выполнены без осевой нагрузки, что затрудняет объективную оценку.

Дискуссия. Врач сталкивается с задачей наиболее подходящего выбора метода фиксации синдесмоза. Однако нет единого золотого метода фиксации или алгоритма выбора метода оперативного лечения.

Предлагаемый алгоритм включает первично проведение стресс теста наружной ротации стопы в случае подозрения на травму синдесмоза. В случае позитивного теста, синдесмоз необходимо артроскопически диагностировать. Необходимо произвести тест на диастаз большеберцово-малоберцового сочленения, также обязательно должна быть проверена интактность задней нижней большеберцово-малоберцовой связки. В случае если задняя нижняя большеберцово-малоберцовой связка не повреждена- выполняется артроскопическое восстановление синдесмоза, в случае ее повреждения выполняется фиксация винтом или системой «suture-button».

Предложенная техника имеет определенные преимущества по сравнению с другими методами. Дистальный межберцовый синдесмоз не является статической структурой. Во время нагрузки как во время ходьбы так и во время пассивных движений, в области синдесмоза происходят движения в трех плоскостях[9]. Артроскопическая техника обеспечивает «гибкую» фиксацию и следовательно сохраняет физиологические движения в области

синдесмоза. Это позволяет давать раннюю нагрузку и реабилитацию после оперативного вмешательства, что может позитивно сказаться на результатах лечения. Нет необходимости удаления металлоконструкции, что повышает экономическую эффективность, отсутствует повторный послеоперационный период, снижается риск инфекции. Повреждение синдесмоза обычно ассоциировано с другими травмами; поэтому артроскопическая диагностика и лечение сопутствующих повреждений помогает улучшить результаты проведенного лечения. Исходя из представленной серии случаев, можно сделать вывод, что данная техника имеет потенциал при лечении повреждений синдесмоза при интактной задней нижней большеберцово-малоберцовой связки.

Однако данное исследование имеет недостатки, такие как недостаточное количество пациентов для оценки результатов, потенциальное влияние сопутствующих переломов и разрывов связок. Также нет отдаленных результатов исследования и подтверждения восстановления дистального межберцового синдесмоза, не все контрольные рентгенограммы произведены с осевой нагрузкой на сустав. Поэтому необходимо исследование с оценкой отдаленных результатов лечения для разрешения данных недостатков.

Выводы. Данная артроскопическая техника имеет потенциал при лечении повреждений синдесмоза при интактной задней нижней большеберцово-малоберцовой связки. Данный метод также может стать альтернативным методом лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Ahmad, J; Raikin, SM; Pour, AE; Haytmanek, C: Bioabsorbable screw fixation of the syndesmosis in unstable ankle injuries // Foot Ankle Int. – 2009. - №3. – P. 99-105.
- Bartonicek, J: Anatomy of the tibiofibular syndesmosis and its clinical relevance // Surg Radiol Anat. – 2003. - №25. – P. 379-386.
- Bell, DP; Wong, MK: Syndesmotic screw fixation in Weber C ankle injuries--should the screw be removed before weight bearing? // Injury. – 2006. – №37. – P. 891-898.
- Bonasia, DE; Rossi, R; Saltzman, CL; Amendola, A: The role of arthroscopy in the management of fractures about the ankle // J Am Acad Orthop Surg. – 2011. - №19. – P. 226-235.
- Bostman, OM; Pihlajamaki, HK: Adverse tissue reactions to bioabsorbable fixation devices // Clin Orthop Relat Res. – 2000. – №2. – P. 216-227.
- Brown, OL; Dirschl, DR; Obremskey, WT: Incidence of hardware-related pain and its effect on functional outcomes after open reduction and internal fixation of ankle fractures // J Orthop Trauma. – 2001. - №15. – P. 271-274.
- de Souza, LJ; Gustilo, RB; Meyer, TJ: Results of operative treatment of displaced external rotation-abduction fractures of the ankle // J Bone Joint Surg Am. – 1985. - №67. – P. 1066-1074.
- De Vil, J; Bonte, F; Claes, H, et al.: Bolt fixation for syndesmotic injuries // Injury. – 2009. - №40. – P. 1176-1179.
- den Daas, A; van Zuuren, WJ; Pelet, S; van Noort, A; van den Bekerom, MP: Flexible stabilization of the distal tibiofibular syndesmosis: clinical and biomechanical considerations: a review of the literature // Strategies Trauma Limb Reconstr. – 2012. - №7. – P. 123-129.

- 10 Gerber, JP; Williams, GN; Scoville, CR; Arciero, RA; Taylor, DC: Persistent disability associated with ankle sprains: a prospective examination of an athletic population. // Foot Ankle Int. – 1998. - №19. – P. 653-660.
- 11 Jensen, SL; Andresen, BK; Mencke, S; Nielsen, PT: Epidemiology of ankle fractures. A prospective population-based study of 212 cases in Aalborg, Denmark.//Acta Orthop Scand. – 1998. - №69. – P. 48-50.
- 12 Michelson, J; Solocoff, D; Waldman, B; Kendell, K; Ahn, U: Ankle fractures. The Lauge-Hansen classification revisited // Clin Orthop Relat Res. – 1997. - №5. – P. 198-205.
- 13 Naqvi, GA; Cunningham, P; Lynch, B; Galvin, R; Awan, N: Fixation of ankle syndesmotic injuries: comparison of tightrope fixation and syndesmotic screw fixation for accuracy of syndesmotic reduction // Am J Sports Med. – 2012. - №40. – P. 2828-2835.
- 14 Naqvi, GA; Shafqat, A; Awan, N: Tightrope fixation of ankle syndesmosis injuries: clinical outcome, complications and technique modification // Injury. – 2012. - №43. – P. 838-842.
- 15 Ono, A; Nishikawa, S; Nagao, A, et al.: Arthroscopically assisted treatment of ankle fractures: arthroscopic findings and surgical outcomes // Arthroscopy. – 2004. - №20. – P. 627-631.
- 16 Rigby, RB; Cottom, JM: Does the Arthrex TightRope(R) provide maintenance of the distal tibiofibular syndesmosis? A 2-year follow-up of 64 TightRopes(R) in 37 patients // J. Foot Ankle Surg. – 2013. – №52. – P. 563-567.
- 17 Thornes, B; Shannon, F; Guiney, AM; Hession, P; Masterson, E: Suture-button syndesmosis fixation: accelerated rehabilitation and improved outcomes // Clin Orthop Relat Res. – 2005. – №3. – P. 207-212.
- 18 Valkering, KP; Vergroesen, DA; Nolte, PA: Isolated syndesmosis ankle injury // Orthopedics. – 2012. - №35. – P. 1705-1710.
- 19 Xu, G; Chen, W; Zhang, Q, et al.: Flexible fixation of syndesmotic diastasis using the assembled bolt-tightrope system // Scand J Trauma Resusc Emerg Med. – 2013. – №21. – P. 71-78.

В.А. СЕЛИВАНОВ, М.О. ЖУМАГУЛОВ, Е.Ж.ОМИРЗАК, И.В. КРАВЧЕНКО, Р.М. ТОКУШЕВ, Б.Т. АБДАЛИЕВ

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
травматология және ортопедия кафедрасы,
№4 қалалық клиникалық аурухана*

ДИСТАЛЬДІ ЖІЛІК АРАЛЫҚ СИНДЕСМОЗДЫҢ ЖЫРТЫЛУЫНЫҢ АРТРОСКОПИЯЛЫҚ ҚАЛПЫНА КЕЛТІРУ

Түйін: Мақалада дистальді жілік аралық синдесмоздың жыртылуының артроскопиялық қалпына келтіру техникасы сипатталып, тәсілдердің анализі және аталмыш патология бойынша емдеудегі алгоритм ұсынылған.

Түйінді сөздер: артроскопия, жыртылу, синдесмоз, емдеу, алгоритм

V.A. SELIVANOV, M.O. ZHUMAGULOV, E.ZH. OMIRZAK, I.V. KRAVCHENCO, R.M. TOKUSHEV, B.T. ABDALIEV

*#4 City Clinical Hospital, Acute trauma department
Asfendiyarov Kazakh National medical university,
Department of traumatology and orthopedics*

ARTHROSCOPIC SYNDESMOTIC REPAIR FOR SYNDESMOTIC INJURY OF ANKLE

Resume: Article presents arthroscopic syndesmotic repair technique, review of the treatment options and algorithm of treatment.

Keywords: Arthroscopy, syndesmosis, treatment, algorithm

С.А. Маханов, М.Г Аубакиров, А.К. Килыбаев, С.Т. Джандарбеков

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ КОНТРАКТУРЕ

УДК 617.089.28/.583-089.872+616-009.12

В

ведение.

При проведении Международной декады заболеваний костей и суставов (2011–2016) выделены следующие заболевания, имеющие наиболее важное медико-социальное значение для общества: остеоартроз, остеопороз, боль в нижней части спины, ревматоидный артрит, травматические повреждения. Остеоартроз (ОА) коленного сустава наблюдается в 50,7%-55,3% случаев среди больных, страдающих дистрофическими заболеваниями крупных суставов нижней конечности [1,2] и в 86% случаев поражает лиц трудоспособного возраста, а в 6,6%-14,8% приводит к инвалидности [3]. Частота заболеваний ОА нарастает с возрастом и среди лиц старше 60 лет достигает 94% [4], что определяет социальную значимость проблемы. В настоящее время наиболее эффективным способом лечения гонартроза является эндопротезирование коленного сустава, которое за последние десятилетия стало одной из наиболее часто применяемых реконструктивных операций в травматологии и ортопедии [5,6]. Однако, несмотря на неоспоримые успехи данного вмешательства, определенный процент пациентов по разным причинам нуждается в ревизионных операциях. В настоящее время из 300 000 ежегодно производимых в США операций эндопротезирования коленного сустава доля ревизионных вмешательств составляет около 8% [7]. Показаниями к ревизионному эндопротезированию коленного

сустава являются:

- асептическое расшатывание компонентов эндопротеза;
- нестабильность коленного сустава;
- нарушение пространственной ориентации компонентов и нестабильность надколенника;
- повреждения деталей протеза;
- инфекционное воспаление эндопротезированного сустава;
- переломы бедренной и большеберцовой костей вблизи компонентов эндопротеза;
- несостоятельность разгибательного аппарата;

С целью разработки способа восстановления разгибательного аппарата коленного сустава при эндопротезировании у больных с комбинированной контрактурой нами предложен модифицированный доступ к коленному суставу. Под нашим наблюдением находился 93 больной с дегенеративными поражениями коленных суставов. По виду доступа и патологии коленного сустава все больные были распределены на группы. На всех этапах исследования во всех группах производили: гониометрию — для оценки функционального состояния коленного сустава. Полученный цифровой материал подвергнут статистической обработке. Таким образом, было доказано, что применение предлагаемого нами модифицированного доступа к коленному суставу при эндопротезировании у больных с комбинированной контрактурой по сравнению с традиционно применяемыми методиками релиза разгибательного аппарата позволяет в кратчайшие сроки восстановить объём и силу движений в коленном суставе, что сокращает время реабилитации и улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: коленный сустав, контрактура, эндопротезирование

– ограничение движений (контрактуры) оперированного сустава.

Зачастую сложности, связанные с балансировкой коллатеральных связок, восстановлением заднего офсета и разгибательного аппарата голени, приводят к неудовлетворительным функциональным результатам в виде контрактуры и развитию нестабильности компонентов эндопротеза. Методика балансировки боковых связок стандартна и не претерпела серьёзных изменений за последние 20 лет. Проблема сохранения заднего офсета решается путём выбора

наибольшего переднезаднего размера феморального компонента эндопротеза, а также оптимальным уровнем резекции большеберцовой кости. Восстановление разгибательного аппарата коленного сустава включает в себя два компонента: 1) восстановление длины сухожилия прямой мышцы бедра для сгибания в коленном суставе до 100 градусов; 2) восстановление силы четырёхглавой мышцы для активного разгибания в коленном суставе. Имеется множество способов, позволяющих решить эти задачи по отдельности, однако ясности в определении показаний и алгоритме выполнения «переднего» релиза при разгибательной контрактуре не существует до настоящего времени.

Цель — разработка способа восстановления разгибательного аппарата коленного сустава при эндопротезировании у больных с комбинированной контрактурой.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 93 больной с дегенеративными поражениями коленного сустава в возрасте от 40 до 75 лет (средний возраст — 61,3 ± 0,7 года). Среди пациентов было 19 мужчин (20,8%) и 74 женщины (79,2%). Продолжительность которая состояла в использовании НОАК (ксарелто 10 по или фраксипарина по 7600 МЕ активности, под кожу, за 12 часов до операции и затем после операции каждые 24 часа в течение 7 суток), и предоперационное планирование (подбор размера имплантатов и приблизительный уровень резекции большеберцовой кости).

бедра на 10 см выше верхнего полюса надколенника. Послойно обнажают капсулу сустава. При этом выделяют прямую мышцу бедра и её сухожилие, освобождая их от рубцовой ткани. Далее производят артротомию по представленной схеме (см. рисунок). Разрез капсулы сустава начинают сверху вниз от места перехода прямой мышцы бедра в её сухожилие, снаружи кнутри и продолжают до медиального края надколенника, далее медиально парapatеллярно, и по внутреннему краю собственной связки надколенника (4). В результате проведенного доступа к суставу широко обнажаются все костные и связочные структуры, что позволяет выполнить необходимые лечебные мероприятия. При сгибании голени до острого угла происходит смещение проксимальной культы сухожилия прямой мышцы бедра вверх. Зашивание капсулы сустава осуществляют в положении сгибания более 90°, при этом происходит удлинение сухожилия прямой мышцы бедра до необходимого предела за счёт смещения проксимальной культы

заболевания составила от 5 до 25 лет (в среднем 7,3±0,9 года). Операцию тотального замещения коленного сустава выполняли при следующих нозологических формах: ревматоидный артрит, вторичный гонартроз 3 стадии — 11 человек (12%); посттравматический гонартроз 3 стадии — 3 человека (3,3%), идиопатический гонартроз — 86 человек (83,5%). Комбинированная контрактура коленного сустава встречалась у 21 (23%) пациента. Все больные были распределены на 2 группы: 1 группа — пациенты с гонартрозами различной этиологии без комбинированной контрактуры (n=70); 2 группа — пациенты с гонартрозами различной этиологии, имеющие комбинированную контрактуру (n=21). Использовали эндопротезы цементной фиксации STRYKER (США) в 49 случаях (56,41%), Sigma DePuy (США) — 46 (40,49%) Aescular (Германия) в 5 случаях (3,1%). Операция в среднем продолжалась 92±7 минут. Кровопотеря во время операций составляла 110±50 мл, по дренажам достигала 300-700 мл. До операции всем больным определяли объём движений в коленном суставе гониометрическим методом. Предоперационная подготовка включала: специфическую противотромботическую профилактику, Эндопротезирование коленного сустава выполняли под спинномозговой и перидуральной анестезией, после наложения гемостатического жгута на верхнюю треть бедра. Использовали 2 основных доступа: стандартный парapatеллярный и предложенный нами способ.

Производят разрез кожи по передней поверхности сухожилия прямой мышцы бедра относительно дистальной при сгибании в коленном суставе более 90°. Операцию заканчивают послойным зашиванием поверхностной фасции, подкожной жировой клетчатки и кожи. В послеоперационном периоде осуществляют раннюю разработку пассивных и активных движений в коленном суставе с третьих суток после операции. По виду доступа больных 2-й группы мы разделили на две подгруппы: 2а-подгруппа (контрольная) это больные с комбинированной контрактурой, у которых использовался стандартный парapatеллярный доступ с пластикой сухожилия прямой мышцы бедра (n=10) и 2б-подгруппа (основная) — это больные, которым доступ к коленному суставу осуществлялся по предложенной нами методике (n=11). В обеих подгруппах релиз разгибательного аппарата осуществлялся после установки импланта. В подгруппе 2а производили отслойку латерального брюшка четырёхглавой мышцы бедра от сухожилия прямой мышцы и окружающих мягких тканей на протяжении 10-15 см проксимально, выполняли

резекцию надколенника на S толщины. В подгруппе 2б ограничивались выполнением доступа к коленному суставу по предложенной нами методике.

В послеоперационном периоде продолжали использование НОАК (Ксарелто 10мг 1 раз в сутки №10), непрямого антикоагулянта Варфарина (с 5-х суток с рекомендацией применения в течение не менее 30 дней под контролем МНО), свежзамороженной плазмы — источника антитромбина II (внутривенно, во время операции). Изнеспецифических методов профилактики применяли реополиглюкин, эластическую компрессию голени, раннюю активизацию больных (на 2-е сутки послеоперации). Для оценки функционального состояния коленного сустава после операции производили гониометрию сразу после операции под действием спинальной анестезии. На момент выписки из стационара (10 суток после операции) через 3 месяца.

Результаты. Пациенты группы 1 до операции имели достаточно хороший объем движений в коленном суставе, что позволило без особых технических сложностей имплантировать эндопротез и полностью восстановить баланс мягких тканей. Это демонстрируется достаточно большим объемом движений сразу после операции на зашитом суставе. Отсутствие необходимости выполнения травматичного релиза разгибательного аппарата позволило к 10-м суткам после операции восстановить объем движений в пределах 100 градусов, что наилучшим образом сказывалось на сроках реабилитации. Контрольный осмотр через 3 месяца после операции свидетельствовал о полном восстановлении функции коленного сустава в данной группе

больных. Пациенты подгруппы 2а до операции имели ограничение амплитуды движений в суставе в основном за счёт имевшейся разгибательной контрактуры. В процессе операции приходилось выполнять релиз разгибательного аппарата, заключающийся в отслойке латерального брюшка четырёх-главой мышцы бедра, удлинении сухожилия прямой мышцы бедра, резекции надколенника. В результате этих манипуляций амплитуда движений на зашитом суставе сразу после операции составила 112.3 ± 7.8 , однако травматичность вмешательства сказалась на выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде. К 10-м суткам после операции амплитуда движений составила 90.5 ± 5.6 , что несколько отличалось от показателей группы 1. Через 3 месяца после операции амплитуда движений составила 111.5 ± 3.4 градуса. Пациенты подгруппы 2б до операции имели показатели амплитуды движений, сходные с таковыми в подгруппе 2а. Сразу после операции объём движений в коленном суставе составил 114.2 ± 9.9 , что не отличалось от таковых в группах 1 и 2а, однако к 10-м суткам послеоперационного периода амплитуда движений составила 101.1 ± 3.4 градуса, что, на наш взгляд, связано с менее выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде. Показатель амплитуды движений отличался от такового в подгруппе 2а ($p < 0,05$) и был сходен с группой 1. При контрольном осмотре на 3-м месяце после операции объём движений в суставе у больных подгруппы 2б достоверно не отличался от групп 1 и 2а. Гониометрическая характеристика указанных групп и подгрупп больных приведена в таблице 1.

Таблица 1 - Показатели гониометрии у больных с комбинированной контрактурой коленного сустава на этапах исследования ($M \pm m$)

Показатель и гониометрии, Град.	До операции			После операции			10 сутки после операции			3 месяца после операции		
	Гр.1 (n=70)	Гр.2а (n=10)	Гр.2б (n=11)	Гр.1 (n=70)	Гр.2а (n=10)	Гр.2б (n=11)	Гр.1 (n=70)	Гр.2а (n=10)	Гр.2б (n=11)	Гр.1 (n=70)	Гр.2а (n=10)	Гр.2б (n=11)
Амплитуда	104,3 $\pm 6,9$	86,3 $\pm 6,9$ ###	85,2 $\pm 5,9$ ###	115,2 $\pm 8,3$	112,3 $\pm 7,8$	114,2 $\pm 9,9$	103,1 $\pm 5,4$	90,5 $\pm 5,6$	101,1 $\pm 3,4^*$	118,7 $\pm 9,4$	111,5 $\pm 3,4$	117,7 $\pm 9,4$

* — $P < 0.05$, ** — $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ достоверность различия между группами 2а и 2б

— $P < 0.05$, ## — $P < 0.01$, ### $P < 0.001$ достоверность различия между группой 1 и подгруппами 2а и 2б

Клинический пример. Больной Т., 67 лет, поступил в отделение эндопротезирования ГКБ№4 по поводу DS: Посттравматический правосторонний гонартроз 3ст, разгибательная контрактура правого коленного сустава. Амплитуда движений в суставе (Адв) по данным гониометрии составила 400. В ходе операции осуществлён доступ к коленному

суставу по предложенной нами методике: разрез по передней поверхности коленного сустава и нижней трети бедра, освобождение прямой мышцы и надколенника от медиальной и латеральной широких мышц бедра, пересечение сухожилия промежуточной мышцы бедра в средней её трети с удлинением сухожилия прямой

мышцы бедра путём его рассечения на этапе артротомии снизу вверх с внутри кнаружи до размеров, обеспечивших сгибание голени до 1000. Ушивание капсулы сустава выполнено в достигнутом положении сгибания 1000. В послеоперационном периоде произведена ранняя разработка движений в коленном суставе. В результате через 10 дней после операции: Адв=900.

Обсуждение. Эндопротезирование коленного сустава при комбинированной контрактуре представляет достаточно сложную задачу, поскольку добиться хорошего функционального результата не всегда представляется возможным. Основной причиной неудовлетворительных

результатов является ограничение амплитуды движений после операции.

Применение предлагаемого способа доступа к коленному суставу в силу меньшей травматичности по сравнению с традиционно применяемыми методиками релиза разгибательного аппарата позволяет ускорить сроки реабилитации пациентов.

Заключение. Применение модифицированного доступа к коленному суставу при эндопротезировании у больных с комбинированной контрактурой позволяет в кратчайшие сроки восстановить объём и силу движений в коленном суставе, что сокращает время реабилитации и улучшает качество жизни пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хитров, Н.А. Структура заболеваемости остеоартрозом и проблема наличия сопутствующих заболеваний.// Тер. архив. — 2005. — №12. — С. 59-64.
- 2 Хитров, Н.А. Современные аспекты лечения остеоартроза коленных суставов. //Клин. геронтол. — 1999. — №3. — С. 78-84.
- 3 Корнилов Н. Ф. Травматология и ортопедия, учебное пособие. — М.: 2001. — 23 с.
- 4 Юмашев Г. С. Травматология и ортопедия, учебное пособие — М.: 1990. — 36 с.
- 5 Опыт эндопротезирования коленного сустава в специализированном отделении ЦИТО им Н.Н.Приорова // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н.Приорова. — 2005. — №3. — С. 16-18.
- 6 Шпаковский, Д.Е. Тотальное эндопротезирование коленного сустава при деформирующем артрозе II -IV стадии (клинико-морфологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук - М., 2006. —23 с.
- 7 Takahashi, T. Soft-tissue balancing with pressure distribution during total knee arthroplasty. — 2008. — 276 p.

С. А. МАХАНОВ, М.Г. АУБАКИРОВ, А.К. КИЛЫБАЕВ, С.Т ДЖАНДАРБЕКОВ

№4 Қалалық клиникалық аурухана,

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы*

БІРЛЕСКЕН КОНТРАКТУРА КЕЗІНДЕГІ ТІЗЕ БУЫНЫН ЭНДОПРОТЕЗДЕУ

Түйін: Науқастарда бірлескен контрактура кезінде тізе буынын эндопротездеу қозғалыс көлемі мен күшін қалпына келтіру үшін барынша қысқа мерзімде береді және науқастардың өмір сапасын жақсартады.

Түйінді сөздер: тізе буыны, контрактура, эндопротездеу

S.A. MAKHANOV, M.G. AUBAKIROV, A.K. KILYBAEV, S.T. JANDARBEKOV

*City Clinical Hospital №4,
Asfendiyarov Kazakh National medical university,
Department of traumatolog and orthopaedy*

KNEE JOINT ARTHROPLASTY IN COMBINED CONTRACTURE

Resume: Application of the modified access to the knee joint arthroplasty in patients when combined with contracture allows in the shortest possible time to restore the volume and force of movement in the knee joint, which reduces the time of rehabilitation and improves the quality of life of patients.

Keywords: knee joint contracture, joint replacement

Т.Ж. Султанбаев, А.Н. Чучуло

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

УДК 616.728.3-089.77-009.7

Поэтому поиск более эффективных методов терапии привели ортопедов к тотальному эндопротезированию тазобедренного сустава, который считается одним из самых революционных достижений в ортопедической хирургии (А.А.Надеев, 2004г., Н.В.Загородний, 2010г., Р.М.Тихилов). В мире ежегодно выполняются более 500000 эндопротезирования и эти операции становятся методом лечения, позволяющим восстановить движение суставов, опорной способности ноги и быстро вернуть больного к привычному образу жизни. (Charnly.Y., 1979, W.Harris, 1992). Решающим для эндопротезирования является качество оперативного вмешательства, рациональный выбор имплантации тазобедренного сустава, точность подгонки и малая травматичность. Несмотря на достигнутые ближайшие успехи оперативного лечения по данным зарубежных ученых за период наблюдения через 1 год и 5 лет, положительные результаты эндопротезирования отмечались в 76% случаев (Charnly.Y., 1979, W.Harris, 2009, Heisel.C., 2007). Одной из причин, значительно снижающих «качество жизни» пациентов является боли после эндопротезирования тазобедренного сустава. Даже опытные врачи далеко не всегда могут дифференцировать боль, назначить адекватное лечение, не зная четкого этиопатогенеза болевого синдрома в каждом конкретном случае.

По данным регистров эндопротезирования и иностранных источников литературы, у 17-20% пациентов перенесших операцию по замещению тазобедренного сустава, сохраняется болевой синдром, а у 32-35% в сроки наблюдения от 1 года до 10 лет при отсутствии нестабильности и инфекционного процесса отмечаются новое ощущение в виде слабо выраженного болевого симптома или дискомфорта в области тазобедренного сустава.

Нами за последние 2 года (2012-2013) проведено 1174 (662 и 512) операции эндопротезирования тазобедренного сустава. Из них у 35 (3%) пациентов

Повреждение и дегенеративно-дистрофические заболевания в области тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста является актуальной проблемой современной травматологии и ортопедии. Количество этих страданий будет расти с увеличением продолжительности жизни и общим старением населения. В 2000 году во всем мире количество лиц в возрасте 60 и старше составило 590 млн., и к 2025 году превысит 1 миллиард человек. Попытки решить эту проблему путем артропластики с использованием различных биологических, металлических и синтетических прокладок, применение шарнирных, дистракционных аппаратов не дали ожидаемых результатов. Кроме того патология тазобедренного сустава остается наиболее частой причиной инвалидности и двигательного аппарата (Ю.Г. Шапочников, 1997г., Н.В.Загородний, 2010г.)

Ключевые слова: эндопротезирование, боли после операций, причины

было удаление протеза из-за воспалительного процесса; у 78 больных (6,6%) было произведено реэндопротезирование тазобедренного сустава из-за нестабильности вертлужного или бедренного компонентов. Кроме того анализу было подвергнуто 100 пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава, которое получили экспертные заключения для получения инвалидности во МСЕК.

На основании полученных данных причинами болевого синдрома могут быть:

- 1) Нестабильность компонентов эндопротеза
- 2) Инфекционное осложнение
- 3) Избыточное удлинение нижней конечности после операции на величину более 1 см.
- 4) Устранение укорочения нижней конечности на величину 1 см.

- 5) Флексионные положения бедренного компонента, а также при варусном положении.
- 6) Избыточный оффсет или недостаточный оффсет
- 7) Вертикальное установление вертлужного компонента

Наиболее часто локализации болевого синдрома встречались:

1. Паховая область
2. Пояснично-крестцовый отдел позвоночника
3. Передняя поверхность бедра
4. Задняя поверхность бедра
5. Коленный сустав
6. Ягодичная область

Нестабильность компонентов эндопротезирования наблюдалось у 78 больных, которые были установлены при ревизионном оперативном вмешательстве. Помимо болевого симптома и нарушения функции конечности можно констатировать и рентгенологически. При увеличении расстояния А и В на исследуемых рентгенограммах можно думать об оседании ножки протеза. Так, если увеличен угол А и расстояние В можно думать о возникшей несостоятельности чашки протеза за счет костной ткани.

Болевой симптом при инфекционном осложнении связан с воспалительными процессами и комментарии не требует. Болевой симптом при несоблюдении оффсета, при избыточном оффсете болевой симптом более выражено чем при недостаточном и в обоих случаях локализуется в области большого вертела.

Этиопатогенез этих болей обусловлено увеличением расстояние от верхушки большого вертела до центра вертлужной впадины, что в свою очередь сопровождается натяжением средней и малой ягодичных мышц. Длительное их нарушение без проведения профилактических и лечебных мер приводит к нарушению трофики, преимущественно участков соединения мышц с костью, с последующим развитием клинических проявления тенонитии ягодичных групп мышц. Боли при укорочении и удлинении конечности локализуется по передней поверхности бедра и возникает при

разгибании в тазобедренном суставе и усиливается при сгибании в коленном суставе, что связано натяжением передней группы мышц широкой фасции бедра и *m. iliopsoas* (бедренный нерв – когда трудно вправляется голове протеза).

Следует особо отметить что при удлинении или при укорочении на 1 см. и более, а также при нарушении оффсета нарушается нормальное биомеханика нижних конечностей, костей таза и позвоночника. Болевые ощущения приводя снижению амплитуд переднего и заднего толчков при ходьбе происходит ограничение нагрузки напряженный сустав, поэтому наступление на пораженную конечность происходит не на пятку как при нормальной ходьбе, а на стопу. Это в свою очередь ведет к изменению подвижности поясничного отдела позвоночника, регрессу перекоса таза, т.е. развивается «Hip-spine» синдром или коксо-вертебральный синдром.

Возможно у больных встречаются сочетанные патологии: коксоартроз и грыжа диска, поэтому необходимо до операции решить что первично какую операцию делать.

Боли в области коленного сустава встречаются в раннем послеоперационном периоде и возможно его купирование к 2-3 месяцу после операции. Механизм болевого симптома связан с раздражением мелких ветвей запирательного нерва. Известно что область коленного сустава и жировое тело вертлужной впадины иннервируется общими ветвями запирательного нерва.

Сохранившийся или вновь возникший болевой синдром нивелирует достигнутый положительный результат эндопротезирования, так как именно избавление от болевого синдрома является доминирующим мотивом при решении больного согласится на оперативное лечение.

Известно, что результаты оперативного лечения во многом зависят от исходного состояния сустава. Поэтому ведущие клиники мира всем больным операциям выполняются на ранних стадиях поражения тазобедренного сустава когда боль еще достигли постоянного изнуряющего характера.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Lind M.J Sports Med. – 2009. – 1122 p.
- 2 E.Robert. Platelet-rich plasma (PRP): What is PRP and what is not PRP. – 2006. – 322 p.
- 3 Foster TE, Puskas BL, Mandelbaum BR, Gerthardt MB, Rodeo SA. Platelet-rich plasma: from basic science to clinical applications // Am J Sports Med. – 2009. – V. 37. – №11. – P. 2259-2272.
- 4 Zhang J, Wang JH-C. Platelet-rich plasma relesate promotes differentiation of tendon stem cells into active tenocytes // Am J Sports Med. – 2010. – V.37. – №12. – P. 2477-2486.

Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ, А.Н. ЧУЧУЛО

*С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы*

ЖАМБАССАН БУЫНЫ ЭНДОПРОТЕЗИНЕН КЕЙІНГІ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ

Түйін: Жамбассан буынына ота жасағанда, яғни эндопротездеу кезінде жағымсыз әсердің бірі – ол ауырсыну сезімі. Оның себебі ота кезіндегі жасау техникасының бұзылуынан пайда болып, соның әсерінен аяқтардың, жамбас сүйегінің және омыртқаның қалыпты биомеханикасының бұзылуымен сипатталады. Осындай жағдайды болдырмау үшін және санитарлы-гигиенаны қатаң сақтап, іріңді асқынуларды алдын-алу үшін ота тек қана дәрежесі жоғары ортопедтермен жасалу керек.

Түйінді сөздер: эндопротездеу, отадан кейінгі ауырсыну.

T.ZH. SULTANBAYEV, A.N. CHUCHULO

*Department of Traumatology and Orthopedics
Asfendiyarov Kazakh National medical university*

PAIN SYNDROMES AFTER HIP REPLACEMENT

Resume: One of the adverse factors of surgery hip replacement is the appearance of pain syndrome. The cause is violation of surgical manipulation, as a result we have disturbance with the normal biomechanics of the lower extremities, pelvis and spine bones. Taking into account what has been said – artroplasty treatment is one of the most difficult operation and must performed by the most experienced orthopedic surgeons with obligatorily sanitary-hygienic regime for the prevention of septic complications.

Keywords: joint replacement, pain after surgery, the reasons

Т.Ж. Султанбаев, С.С. Альходжаев, Д.М. Тусупов

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ОШИБКИ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА

УДК 616.717.43-001.5

Переломы бедренной кости – одни из наиболее травматических повреждений скелета, требующие правильного выбора тактики лечения и реабилитации больных. Среди больных с множественными сочетанными повреждениями перелома бедренной кости составляет до 22%. Следует также отметить, что осложнения при оперативном лечении больных с переломом бедра встречаются гораздо чаще, чем при переломах длинных трубчатых костей другой локализации и протекают гораздо тяжелее, больные с переломом бедра бывают длительно нетрудоспособными и нередко становятся инвалидами.

До сих пор ряд авторов сдержанно подходят хирургическому лечению перелому бедренной кости из-за наличия большого процента всевозможных осложнений, которые на наш взгляд связаны не с необоснованными расширениями показаний, а с техническими и тактическими погрешностями во время остеосинтеза. Основные поздние осложнения при оперативном лечении перелома длинных трубчатых костей: замедленное консолидация отломков, образование ложного сустава, развитие остеомиелита. Наиболее тяжелой формы гнойных осложнений является послеоперационный остеомиелит, встречающийся в 0,4-22,4% (С.А.Линник 2002г.).

Цель нашей работы выявить и систематизировать ошибки и осложнения при оперативном лечении диафизарных переломов бедра, наметить пути совершенствования лечебного процесса.

В отделении сочетанной травмы ГКБ №4 с 2012 по 2016 годы находились на лечении 96 пациентов с переломами бедренной кости. Возраст пострадавших колебался от 21 до 79 лет. Мужчин было 74, женщин 22, преобладали мужчины трудоспособного возраста. В 76% случаев травмы были получены при автодорожных происшествиях. Во всех случаях применялось оперативное лечение в момент поступления больных в клинику или после фиксации аппаратом внешней стабилизации у больных поступивших в крайне тяжелом состоянии.

Всего выполнено 96 операции: из которых

В данной работе проведен анализ 96 пациентов с переломами бедренной кости поступивших в отделении сочетанной травмы ГКБ №4 с 2012 по 2016 годы.

Ключевые слова: перелом бедра, остеосинтез, ошибки осложнения

osteosynthesis погружным штифтом составил 10,2%, погружным блокирующим штифтом – 48,5%, пластиной – 23,1%, пластиной с угловой стабильностью – 18,2%. Во всех случаях первичный остеосинтез выполнялся в сроки до 10 дней с момента поступления.

Переломы бедра локализовались на разных уровнях: верхняя треть – 21,4%, средняя треть – 56,1%, нижняя треть – 22,5%. После операции полученной следующий анатомо-функциональные результаты: отличные – 61% (все больные после применения блокирующего штифта), хорошие – 22%, удовлетворительные – 14,3% и отрицательные – 2,7% больных. В сроки от 4 до 8 месяцев после операции у 16 больных (16,5%) были отмечены следующие осложнения: инфекционно-гнойное у 3-х (3,1%), миграция металлоконструкции и замедление консолидации у 7-ми (7,3%), контрактура у 6-ти (6,2%) пациентов.

В отдаленные послеоперационные сроки (10-24 месяца) количество удовлетворительных и отрицательных исходов уменьшились с 16,5% до 5,4%: поздние инфекционно-гнойные осложнения у 1 пациента, миграция и переломы металлоконструкции замедленной консолидации – у 2-х, контрактура у 3-х больных.

Причины возникновения осложнения были связаны с дефектами организации лечения больных, к ним относятся: неправильная тактика лечения, неверный выбор способа остеосинтеза, нарушения восстановительного режима послеоперационном периоде, несоблюдения пациентом срока нагрузки конечности. Наиболее часто встречались технические ошибки, связанные с выполнением самой операции. К ним относятся: травматичность операции, нестабильный остеосинтез, неправильный выбор металлических

конструкций, недостаточный гемастаз и неполноценная иммобилизация в послеоперационном периоде. Сказанное подтверждается и многочисленными практическими наблюдениями (А.Ф. Лазарев, Э.И.Солод, 2003г.), когда при абсолютной стабильности и безукоризненной анатомической репозиции мы видим несращения перелома и в то же время отмечаем хорошее сращения при не полной репозиции и наличии микро подвижности фрагментов, то есть самым главным является сохранение костных тканей и окружающих место перелома мышц.

Следует особо отметить, что с применением блокирующих штифтов и пластины с угловой стабильностью полное улучшение исходов лечения переломов. Система LISS обеспечивает сохранение васкуляризации кости (пластина не прилегает к кости), щадящее отношение к очагу перелома, не склетизируется отломки и не травмируются мягкие ткани в области повреждения. Так операция выполняется закрыто под контролем ЭОП, на следующий день после операции, и после УЗИ контроля на отсутствия тромба, больные поднимаются на ноги с допустимой нагрузкой

(гипсовой иммобилизации нет) и выписывается домой на ранний срок.

Таким образом, для значительного снижения количества ошибок и осложнений при оперативном лечении переломов бедренной кости требуется строгое соблюдение следующих условий:

- 1) Правильная организация лечебно-диагностического процесса;
- 2) Соблюдение санитарно-эпидемиологического процесса;
- 3) Верный выбор тактики лечения, техники операции, применяемых фиксаторов;
- 4) Соблюдение индивидуального графика восстановительного лечения оперированной конечности;
- 5) Проведение сопутствующей адекватной терапии;
- 6) Использование пластин с угловой стабильностью позволяет достигнуть анатомической редукции при сложных оскольчатых внутри суставных переломах, обеспечивая прочную фиксацию отломков, а также при мышечковых переломах без смещения совместно со стягивающими бинтами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Lind M.J Sports Med. – 2009. – 1122 p.
- 2 E.Robert. Platelet-rich plasma (PRP): What is PRP and what is not PRP. – 2006. – 322 p.
- 3 Foster TE, Puskas BL, Mandelbaum BR, Gerthardt MB, Rodeo SA. Platelet-rich plasma: from basic science to clinical applications // Am J Sports Med. – 2009. – V. 37. - №11. – P. 2259-2272.
- 4 Zhang J, Wang JH-C. Platelet-rich plasma relesate promotes differentiation of tendon stem cells into active tenocytes // Am J Sports Med. – 2010. – V.37. – №12. – P. 2477-2486.

Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, Д.М. ТУСУПОВ

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Травматология және ортопедия кафедрасы, №4 Қалалық клиникалық аурухана

ОРТАН ЖІЛІК СЫНЫҚТАРЫН ЕМДЕУДЕГІ АСҚЫНУЛАР МЕН ҚАТЕЛІКТЕР

Түйін: Жамбас сынуы - қаңқа жарақаттарын емдеу және науқастарды оңалту тактикасын дұрыс таңдауды қажет ететін залал. Аталмыш жұмыста жамбас сынықтары бар 96 емделушілердің емдеу нәтижесі көрсетілген. Полижарақат бар науқастарда асқынулардың жылдамдығы статистикалық оқшауланған сан сынған науқастарға қарағанда айтарлықтай жоғары болды.

Түйінді сөздер: ортан жілік сынықтары, остеосинтез, зерттеу.

T.ZH. SULTANBAYEV, S.S. ALHODZHAEV, D.M. TUSUPOV

Department of Traumatology and Orthopedics Asfendiyarov KazNMU, City Clinical Hospital №4

MISTAKES AND COMPLICATIONS IN THE TREATMENT OF HIP FRACTURES

Resume: Treatment results for 96 patients with femoral fractures. In patients with polytrauma the rate at complications was statistically significantly higher than in patients with isolated femoral fracture.

Keywords: hip fracture, osteosynthesis, complications error

Т.Ж. Султанбаев, А.А. Сагатов, А.С. Керимбаева, С.С. Садиқова, Ж.Т. Султанбаева

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,

кафедра травматологии и ортопедии

ТОО «AGAR» ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ СУСТАВОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ

УДК 617.58-005.4009.85-06

Введение. Остеоартроз – хроническое заболевание синовиальных суставов с поражением прежде всего гиалинового хряща и субхондриальной кости, в результате взаимодействия сложных биомеханических, биохимических и генетических факторов (Болокин В.В., 2013г.). Восстановить или полноценно заменить разрушенный гиалиновый хрящ не представляет возможности и прогрессирование заболевания приводит к хроническому болевому синдрому, снижению качества жизни лиц пожилого и старческого возраста. Повреждение связочного аппарата и неадекватное лечение их может приводить к раннему развитию остеоартроза в 15% случаях. [Lind M. 2009]

«Золотым стандартом» лечения заболевания является применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), глюкокортикоидов, которые применяются для снятия боли, иногда длительное их применение оказывает побочное действие.

В связи с этим поиск новых, безопасных методов лечения остеоартрозов является актуальной задачей. Одним из таких способов является применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы (плазмолифтинг). С начала XX века врачам известен полноценный эффект аутогемотерапии. В 1905 году хирург Август Бир провел первый эксперимент по использованию аутогемотерапии для лечения переломов, создавая искусственные гематомы. В 1904-1905 годах Ф. Войно-Ясинецким подробно было описано применение аутогемотерапии для активации репарации при травмах, ранах, хирургических вмешательствах, гнойных заболеваниях кожи и мягких тканей. Если трактовать дословно, то термин «Обогащенная тромбоцитами плазма» - это плазма, в которой концентрация тромбоцитов превышает физиологическую норму, т.е. концентрированная суспензия тромбоцитов. В норме концентрация тромбоцитов в крови колеблется между 150 тыс./мкл и 350 тыс./мкл и в среднем составляет 200 тыс./мкл. Доказано, что

В статье представлен анализ за последние 6 месяцев 2016 г. в центре здоровья суставов обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) применена у 122 больных, из них 96 пациентов с гоноартрозом и 26 с коксартрозом.

Ключевые слова: обогащенная тромбоцитами плазма, остеоартроз

стимулирующий эффект обогащенной тромбоцитами плазмы проявляется, если концентрация тромбоциты секретируют около 70% факторов роста из тех, которые в них находятся. Полное высвобождение приходится в течении 12 часов. После этого тромбоциты продолжают секретировать дополнительное количество факторов роста в течении приблизительно 8 дней, после чего погибают. [E.Robert, 2006].

За последние 6 месяцев в центре здоровья суставов обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) применена у 122 больных, из них 96 пациентов с гоноартрозом и 26 с коксартрозом. Производили забор крови 10 мл. из локтевой вены. Аутокровь сливали в герметично закрывающиеся стерильные пластиковые контейнера и центрифугировали 5 минут 3600 об/мин. Плазму извлекали и вводили внутрисуставно 1 раз в неделю пациентам с остеоартрозом I-II степени, пациентам с III-IV степенями с добавлением гиалуроновой кислоты. После 4-х инъекций с перерывами 2 недели еще дважды вводили в сустав ОТП, то есть всего 6 инъекций на курс лечения. Отдаленные результаты (от 1 до 6 месяцев) прослежены у всех больных.

Положительные результаты считались если в суставах отсутствовали признаки активного воспаления, увеличилась амплитуда движений, отсутствовали боли при ходьбе и в покое. После лечения в 90% случаев положительный результат лечений, то есть в 78%-полное исчезновение болей через 6 месяцев, у 12%-улучшение функций сустава. Увеличилась продолжительность ремиссии в течении как минимум 6 месяцев. Неудачные случаи наблюдались у пациентов с остеоартрозом

IV степени, которым требовалось оперативное лечение эндортезирование.

Такой положительный эффект базируется на выделение из альфагранул тромбоцитов в очаг поражения многочисленных факторов роста (Foster.T.2009): включая трансформирующий

фактор роста beta (TGF- β 1), тромбоцитарный фактор роста(PDG-F), инсулиноподобный фактор роста (IGF-1, IGF-2), сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF), эритроцитарный фактор роста (ECGF), фактор роста фибробластов (bFGF-2). (таблица 1).

Таблица 1 – Факторы роста, обнаруженные в обогащенной тромбоцитами плазме и их физиологические эффекты

Фактор	Мишень	Функции
PDGF	Фибробласты, гладкомышечные клетки, хондроциты, остеобласты, стволовые мезенхимальные клетки	Сильный клеточный рост, рекруитмент, рост кровеносных сосудов, грануляция, секреция факторов роста, формирование матрикса коллагена и кости с участием костных морфогенных белков (BMP)
TGF- β 1	Ткань кровеносных сосудов, внешние клетки кожи, фибробласты, моноциты, класс TGF, включая BMP, остеобласты – высший уровень TGF- β r	Кровеносные сосуды, синтез коллагена, ингибирование роста, апоптоз, дифференциация, активация
IGF-1,2	Кость, кровеносные сосуды, кожа и другие ткани; фибробласты	Клеточный рост, дифференциация, рекруитмент, синтез коллагена с участием PDGF
VEGF	Клетки кровеносных сосудов	Клеточный рост, миграция, рост новых кровеносных сосудов, антиапоптоз
bFGF	Кровеносные сосуды, гладкие мышцы, кожа, фибробласты и другие типы клеток	Клеточный рост, клеточная миграция, кровеносных сосудов

Механизм стимулирующего тромбоцитарной взвеси на процессы заживления заключается в высвобождении из тромбоцитов факторов роста, которые соединяясь со специальными рецепторами на клеточных мембранах,

обеспечивают мобилизацию необходимых для заживления клеток.

Таким образом, применение ОТП является современным, эффективным и перспективным методом лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Lind M.J Sports Med. – 2009. – 1122 p.
- 2 E.Robert. Platelet-rich plasma (PRP): What is PRP and what is not PRP. – 2006. – 322 p.
- 3 Foster TE, Puskas BL, Mandelbaum BR, Gerthardt MB, Rodeo SA. Platelet-rich plasma: from basic science to clinical applications.//Am. J. Sports Med.- 2009. – V. 37. – №11. – P. 2259-2272.
- 4 Zhang J, Wang JH-C. Platelet-rich plasma releasate promotes differentiation of tendon stem cells into active tenocytes // Am J Sports Med. – 2010. – V.37. – №12. – P. 2477-2486.

Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ, А.А. САГАТОВА, А.С. КЕРИМБАЕВА, С.С. САДИКОВА, Ж.Т. СУЛТАНБАЕВА

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Травматология және ортопедия кафедрасы

Буын денсаулығы орталығы «AGAR» ЖШС

ОСТЕОАРТРОЗДАР ЕМДЕУДЕ ТРОМБОЦИТТЕР БАЙ ПЛАЗМАНЫ ПАЙДАЛАНУ

Түйін: Бұл мақалада буын денсаулық орталығында 2016 жылдың соңғы 6 айында жасалған гоноартрозы бар 96 науқасқа және коксартрозы бар 26 науқасқа, барлығы 122 науқастарға тромбоциттерге бай плазма қолданылған емдік талдауы ұсынылды.

Түйінді сөздер: тромбоциттерге бай плазма, остеоартриттер.

T.ZH. SULTANBAYEV, A.A. SAGATOVA, A.S. KERIMBAYEVA, S.S. SADIKOVA, ZH.T. SULTANBAYEVA

Department of Traumatology and Orthopedics Asfendiyarov KazNMU,

TOO «AGAR» JOINT HEALTH CENTRE

USE OF PLATELET-RICH PLASMA IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRISIS

Resume: Efficacy of platelet autoplasm (PRA) in treatment of osteoarthrosis was evaluated. Prospective study includes 122 patients. Use of PRA enabled to eliminate pain syndrome and improve knee joint function without adverse effects.

Keywords: Platelet-rich plasma, osteoarthrosis.

Т.Ж. Султанбаев, А.Н. Чучуло, Ю.Х. Зуби

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ

УДК 616.728.2-277.089.15-16

Многочисленные публикации последних лет убедительно доказывают тот факт, что на сегодняшний день эндопротезирование является наиболее эффективным методом при лечении тяжелых травм и заболеваний тазобедренного и коленного суставов. Это обусловлено как увеличением органов заболеваемости суставов, так и количество травм приводящих к эндопротезированию (Т.М.Андреева, 2006г.; Н.В. Загородний с соавт. 2011г.). Пропорционально количеству первично установленных эндопротезов растет и число ревизионных эндопротезировании, что обусловлено большим количеством причин: асептическим расшатывания протезов, рецидивирующий вывих головки, механический разрушения компонентов, перепротезные переломы и глубоким нагноением протеза (И.А. Волокитина с соавт. 2005г.).

За последние 2 года (2015-2016) в отделении ортопедии выполнено 57 ревизионных эндопротезировании тазобедренного (44) и коленного (13) суставов. Первичная операция была выполнена в ортопедии и в клиниках республики и зарубежья. Возраст больных подвергшийся вмешательствам составил от 49 до 86 лет. Время, прошедшее с первичной имплантации до ревизии составило от месяца до 20 лет. Следует особо отметить, что ревизионное эндопротезирование достаточно объективно оценивает качество

В данной работе произведено анализ клинических результатов лечения больных, перенесших ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава. Материалы: за последние 2 года (2015-2016) в отделении ортопедии №4 ГКБ выполнено 57 ревизионных эндопротезировании тазобедренного (44) и коленного (13) суставов.

Ключевые слова: ревизионное эндопротезирование, крупные суставы, исследование

первичной операций и погрешности допущенные при установке эндопротеза. Показания к эндопротезированию явилась нестабильность вертлужного компонента в 16 случаев, бедренного – 8, обеих компонентов – 10; перепротезный переломы – 5, перелом конструкций – 1, глубокое нагноения – 3 и в одном случая имело место грубое нарушения ортопедического режима, что привело к рецидивирующему вывиху.

Показания к ревизионному эндопротезированию явилось нестабильность бедренного (4) и тибиаьного (4), перепротезные переломы - 2 и нагноения – 3 случая.

Клиническая оценка результатов лечения проводилась по оценочной шкале Харриса (таблица 1) для тазобедренного сустава (Harris W.H., 1969).

Таблица 1 - Результаты лечения больных после ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава по Харрису

Количество больных (обр.число, %)	Функции сустава (количество больных)			
	100-90 отличная	89-80 хорошая	79-70 удов.	<70 неудов.
	5 / 11,3%	21 / 47,7%	12 / 27,3%	6 / 13,7%

Анализируя клинические результаты лечения больных, перенесших ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава в сроки 2 года установлено, что отличные и хорошие результаты отмечены у 59% больных, а удовлетворительные – 27,3%,

неудовлетворительные результаты были связаны с развитием глубокого нагноения в области эндопротеза (13,7%).

При ревизионном эндопротезировании коленного сустава можно обратить внимание как на несостоятельность бедренного так и

несостоятельность тибиального компонентов. Этому также способствовали повреждение связочного материала. Кроме того обнаруживались костные полости различных размеров. В наших наблюдениях была интактная кость при выполнении операции производили опель бедренного или тибиального компонента, при маленьких полостях их заполняли цементом, обширные дефекты бедренных и тибиальных компонентов металлическими втулками на цементе.

Клинический пример: Больная Ущенко В.И. 75 лет поступила в клинику 01.03.16г. с диагнозом ложный сустав нижней трети левой бедренной кости, металлоконструкция, эндопротез левого коленного сустава.

Со слов больной в 2015 году произведена операция эндопротезирования левого коленного сустава в г. Бурнаул. В июне 2015 года получила перелом нижней трети левой бедренной кости и в г. Барнауле произведена остеосинтез пластины со серклярным швом. Из-за неудовлетворения лечением больная обратилась в ГКБ №4 после полного обследования больной 03.03.16г. произведена операция ревизионного эндопротезирования левого коленного сустава. Учитывая перелом и ложный сустав нижней трети левого бедра и связанное с ним несостоятельность бедренного компонента удалили бедренный

компонент соответствующий опилы бедренной кости и установлено бедренный компонент со стержнем одновременно для интрамедулярного остеосинтеза бедренной кости. Раны полностью ушиты наглухо и после заживления раны больная выписана домой.

15.04.16г. больная вновь поступает в клинику с вывихом тибиального компонента протеза после обследования больной под наркозом производится выравнивание тибиального компонента и для стабилизации устанавливается аппарат Илизарова после операционном периоде больная наступает на конечность и двигается с помощью костылей.

13.06.16г. больная вновь поступает в клинику. После полного обследования производится ревизионное эндопротезирование. При вскрытии коленного сустава отмечается бедренный компонент стабильный место перелома бедра стабильный тибиальный компонент нестабильный, последний снят, отмечается мелкие полости на тибиальном компоненте. Произведена опилы большеберцовой кости и установлен тибиальный компонент с металлическим стержнем до средней трети большеберцовой кости. При проверке оба компонента протеза стабильны. Послойные швы на рану иммобилизация конечностей съемным ортезом. Больная свободно пользуется больной конечностью и выписывается домой под наблюдением врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Агаджанян, В.В. Восстановление двигательной функции у больных с патологией тазобедренных суставов методом эндопротезирования // Травматология и ортопедия России. – 2002. - №1. – С.24 – 27.
- 2 Васкуленко, В.М. Концепция ведения больных коксартрозом на фоне дегенеративно-дистрофического поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника // Травма. – 2008. – Т. 9. – №1. – С. 6 – 12.
- 3 Загородний, Н.В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава : дис. ...д-р. мед. – М., 1998. – 347 с.
- 4 Р.М. Тихилов, В.М. Шаповалов Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава. – СПб.: 2008. – 324 с.
- 5 Сазонова, Н.В. Влияние комплексной консервативной терапии на динамику интенсивности боли при hip-spine syndrome // Хирургия позвоночника. – 2008. – №3. – С. 48-51.
- 6 Шаповалов, В.М. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава после переломов вертлужной впадины. // Лечение сочетанных травм и повреждений конечностей. – М.: 2008. – №2. – С. 9 – 13.
- 7 Шапошников, Ю.Г. Травматология и ортопедия: руководство для врачей в 3 томах. – М.: Медицина, 1997. – Т. 3. – 624 с.
- 8 Шильников, В.А. Болевой синдром эндопротезированного тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. – 2006. – №2. – С. 319 – 320.
- 9 Ben-Galim, P. Hip-spine syndrome: the effect of total hip replacement surgery on low back pain in severe osteoarthritis of the hip // Spine. – 2007. – Vol.32. – №19. – P. 2099 – 2102.
- 10 Chanplakorn, P. Luumbopelvic alignment on standing lateral radiograph of adult volunteers and the classification in the sagittal alignment of lumbar spine // Eur. Spine J. -2011. – Vol. 20. – №5. – P. 706 – 712.
- 11 Cibulka, M.T. The treatment of the sacroiliac joint component to low back pain: A case report // Phys. Ther. – 1992. – №2. – V. 72. – P. 917 – 922.
- 12 Fogel, G.R. Hip spine syndrome: management of coexisting radiculopathy and arthritis of the lower

- extremity. – 2003. – V. 3. - N 3. – P. 238 – 241.
- 13 Matsuyama, Y. Hip-spine syndrome: total sagittal alignment of the spine and clinical symptoms in patients with bilateral congenital hip dislocation // Spine. – 2004. – №4. - V. 29. – P. 2432 – 2437.
- 14 Mellin, G. Correlation of hip mobility with degree of back pain and lumbar spinal mobility in chronic low back pain patients // Spine. – 1988. – №2. – V. 13. – P. 668-670.
- 15 Offierski, C.M. Hip-spine syndrome. – 1983. – Vol. 8. – № 3. – P.316-321.
- 16 Yoshimoto, H. Spinopelvic alignment in patients with osteoarthritis of the hip: a radiographic comparison to patients with low back pain. – 2005. – V. 30. – №5. – P.1650 – 1657.

Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ, А.Н. ЧУЧУЛО, Ю.Х. ЗУБИ

№4 Қалалық клиникалық аурухана

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,
Травматология және ортопедия кафедрасы*

РЕВИЗИОНДЫ ЭНДОПРОТЕЗДЕУ

Түйін: Бұл жұмыста 4 ҚКА ортопедия бөлімшесінде соңғы 2 жыл аралығында жасалған жамбас-сан және тізе буындарының ревизионды эндопротезі оталарына талдау жүргізіледі.

Түйінді сөздер: ревизионды эндопротез, ірі буындар, талдау, зерттеу.

T.ZH. SULTANBAYEV, A.N. CHUCHULO, YU.H. ZUBI

City Clinical Hospital №4,

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University,
Department of traumatology and orthopaedy*

REVISION CASES

Resume: In this paper, an analysis is made of the results of clinical treatment of patients who underwent revision hip arthroplasty. Materials: the last 2 years (2015-2016) 57 revision total hip (44) and knee (13) of the joints made in the orthopedics department of Clinical Hospital №4.

Keywords: Revision cases, large joints, research.

Т.Ж. Султанбаев

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
кафедра травматологии и ортопедии
Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ТАЗОБЕДРЕННО-ПОЯСНИЧНЫЙ СИНДРОМ

УДК 616.728.3-089.28:616.711.6/.7-06

Сочетанная патология тазобедренного сустава и пояснично-крестцового отдела позвоночника именуется «hip-spine syndrome» или коксо-вертебральный синдром. По мере прогрессирования заболевания тазобедренного сустава нарастает ограничение движений, возникает контрактура в порочном положении конечности, что приводит к увеличению наклона таза, усилению поясничного лордоза и к функциональному укорочению конечности на стороне поражения. При этом возникают функциональные нарушения, а затем деформация суставов позвоночника и его заболевания – остеохондрозы и сколиозы.

После успешно выполненной операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава нередко прогрессирует клиника поражения позвоночного сегмента, проявляющаяся болевым синдромом и часто нивелирующая результаты артропластики, так как восстановление движений в тазобедренном суставе, изменение длины и опороспособности конечности после артропластики приводит к разрыву сформировавшегося функционального стереотипа, изменению подвижности поясничного отдела позвоночника, регрессу перекоса таза, что вызывает появление динамической компрессии корешков спинномозговых нервов. В зависимости от длительности существования, выраженности и характера изменений со стороны тазового пояса целесообразна коррекция техники операция эндопротезирования, включающая, в определенных случаях целенаправленное сохранение укорочения и удлинения нижней конечности, изменение оффсета и т.д.

Человек – биологическая система, состоящая из взаимоотношения которых и особенности их строения подчинены их функционированию как единого целого.

Одним из наиболее ярких представителей такого альянса является система «пояснично-крестцовый отдел позвоночника – тазобедренные суставы», которая представляет собой сложную кооперацию физиологических функций большого количества

В данной работе рассмотрен этиопатогенез болевого синдрома после эндопротезирования тазобедренного сустава, где в особую группу выделяют боли вертеброгенного характера. Результаты исследования 1000 пациентов в разные сроки после эндопротезирования тазобедренного сустава показали, что боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника сохраняются у 15,1% из них, а у 14,9% возникают новые болевые ощущения.

Ключевые слова: коксо-вертебральный синдром, эндопротезирование тазобедренного сустава

анатомических структур. Эта единая система чутко реагирует на изменения в любой ее части.

Поражения звеньев в данной системе могут взаимно отягощать друг друга. При заболеваниях тазобедренных суставов люмбагия, ишиалгия встречаются в 95% случаев, а при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника болевой синдром с нарушениями функции тазобедренного сустава имеет место в 10-15% случаев.

В последние десятилетия операция эндопротезирования становится одним из основных методов лечения пациентов с тяжелыми патологическими изменениями тазобедренного сустава.

Несмотря на бесспорные успехи данного вида высокотехнологичной помощи, отдаленные положительные результаты после эндопротезирования отмечаются лишь у 76-89% оперированных больных (3).

Среди осложнений, значительно снижающих качество жизни пациентов после перенесенной операции, выделяют нестабильность, инфекции, вывихи, неврологические заболевания и сохранившийся и/или вновь появившийся болевой синдром (2,3,4,5,6,7,8).

Рассматривая этиопатогенез болевого синдрома после эндопротезирования тазобедренного сустава, в особую группу выделяют боли вертеброгенного характера.

Результаты исследования 1000 пациентов в разные сроки после эндопротезирования тазобедренного

сустава показали, что боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника сохраняются у 15,1% из них, а у 14,9% возникают новые болевые ощущения. Причины этого кроются в том, что возникновение дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренном суставе приводит к существенным нарушениям статики и локализации, выраженность которых зависит от давности и тяжести заболевания. Резко снижена сила мышц тазобедренного сустава, особенно отводящих. Вследствие длительности заболевания в этот процесс вовлекаются и другие звенья опорно-двигательного аппарата, в частности пояснично-крестцовый отдел позвоночника, с формированием сложных адаптационно-компенсаторных перестроек не только функций, но и анатомических взаимоотношений.

Сочетание патологии тазобедренного сустава и пояснично-крестцового отдела позвоночника приводит к их взаимному отягощению. В иностранной литературе такая кооперация именуется hip-spine синдромом (12,13)

Hip-spine синдром (коксо-вертебральный) не является редкостью в современном мире. Под данным термином понимается полиэтиологичный симптомокомплекс, который характеризуются болевым синдромом, функциональными нарушениями и изменением анатомо-биомеханических взаимоотношений в системе «тазобедренный сустав - позвоночник» вследствие развития миодистрофических, нейрогенных синдромов, что приводит к возникновению или прогрессированию дистрофических изменений (2). Доминирующим звеном, объединяющим патологические процессы в тазобедренном суставе и позвоночнике, является изменения пространственной ориентации таза с перераспределением нагрузок в тазобедренных суставах, крестцово-подвздошном сочленении, поясничном сегменте, а также нарушение топографо-анатомических взаимоотношений мышц и нервов данной области.

Этот термин впервые был введен канадскими ортопедами С.М. Offierski и I. MacNab в 1983г. Они впервые выявили значительную связь между позвоночником и тазобедренными суставами, подчеркнув, трудности в диагностике этого состояния, и классифицировали четыре категории данного синдрома: первичный, вторичный, сложный, и ошибочный. Первичный синдром был определен следующим образом: патологические изменения как в бедре, так и в позвоночнике, где источник боли понятен: либо бедро, либо позвоночник. При сложном варианте происхождение боли не всегда ясно. После тщательного осмотра целесообразна блокада нервного корешка или сустава анестетиком. При

ошибочном hip-spine синдроме происхождение боли часто ложно диагностируется. Вышеописанные категории были определены в соответствии со степенью трудности диагностики основного поражения – бедра или позвоночника. Тем не менее, диагностика и определение вторичного hip-spine синдрома не была четко определена. Авторы считают, что вторичный синдром обусловлен взаимосвязью патологии бедра и патологии позвоночника. Они показали, что сгибательная контрактура тазобедренного сустава часто приводит к компенсаторному гиперлордозу поясничного отдела позвоночника, что может способствовать фораминальному стенозу, особенно в сегменте L3-L4. Кроме того, сколиоз может стать причиной тазового наклона и последующего наклона вертлужной впадины. Это в свою очередь может вызвать недопокрытие головки бедренной кости и привести к развитию и прогрессированию артроза, так как меняется степень нагрузки (15).

Представленная классификация hip-spine синдрома подверглась критике со стороны японских специалистов. По их мнению, она не подходит для пожилых пациентов, так как не учтена длительность существования их патологии и степень выраженности. В большинстве случаев нет зависимости между болевым синдромом и рентгенологическими изменениями.

С.М. Offierski и I. Mac Nab описали три патологических состояния вторичного hip-spine синдрома:

- 1) сгибательная контрактура, вызывающая поясничный гиперлордоз и связанный с ним фораминальный стеноз сегмента L3-L4,
- 2) приводящая контрактура бедра, которая может вызвать сколиоз,
- 3) наклон таза в поперечной плоскости, который приводит к уменьшению площади покрытия головки бедра вертлужной впадиной. Проблемы, описанные в 1 и 2 состояниях рассматриваются как поражение поясничного отдела позвоночника, возникающие из-за бедра, который будет называться hip-spine синдром в узком смысле этого слова.

С другой стороны, третий вариант обусловлен поражением бедра под влиянием деформации позвоночника, то есть в обратном направлении - spine- hip синдром. Spine- hip синдром может развиваться при наклоне таза кзади, что обусловлено дегенеративными изменениями в поясничном отделе позвоночника. Это может привести к недостаточному покрытию головки бедренной кости вертлужной впадиной и в последующем к развитию диспластического коксартроза у пожилых.

По мере прогрессирования заболевания тазобедренного сустава нарастает ограничение всех движений, возникает контрактура в порочном положении конечности, что вызывает увеличение наклона таза и поясничного лордоза и приводит к функциональному укорочению конечности на стороне поражения. При перекосе таза связки и мышцы крестца постепенно начинают испытывать повышенные нагрузки, а затем крестец либо перекашивается, либо совершает вращательные движения. При этом возникают сначала функциональные нарушения, а затем деформация суставов позвоночника и его заболевания: остеохондрозы и сколиозы, грыжи межпозвоночного диска (5,16). Врожденные дефекты развития (люмбализация, сакрализация, незаращение дужек и др.), по мнению В.М.Васкуленко, вызывая статическую неполноценность позвоночника, способствует развитию дистрофических изменений в дисках. Распространение боли одинаковой локализации может быть как проявлением нестабильности в сегменте L3-L4, так и симптомом сдавления четвертого поясничного корешка.

Симптомы спинального стеноза могут имитировать боли, обусловленные заболеваниями тазобедренного и коленного суставов. При сгибательной контрактуре бедра повышается поясничный лордоз, когда пациент стоит или ходит. Диагноз могут подтвердить результаты рентгенологического и МРТ-исследования, но по некоторым данным, у молодых пациентов они могут быть ложноположительными почти в 50% случаев.

В литературе убедительно доказано взаимное влияние на прогрессирование патологических процессов как со стороны пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Американскими учеными отмечено, что при болевых ощущениях в нижней части спины уменьшается объем движений в суставе. Кроме того, при болях в поясничном отделе позвоночника возникают вторичные боли в суставе, которые препятствуют полноценным активным и пассивным движениям в суставах. Исследователи выявили связь между болями в спине и амплитудой движений в бедре, причем у 48% пациентов более выражено ограничение наружной ротации, чем внутренней (14).

После успешно выполненной операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава нередко прогрессируют симптомы поражения позвоночного сегмента. Это проявляется болевым синдромом и часто нивелирует результаты артропластики, так как восстановление движений в тазобедренном суставе, изменение длины и опороспособности конечности после операции

тотального эндопротезирования ведёт к разрыву сформировавшегося функционального стереотипа, изменению подвижности поясничного отдела позвоночника, регрессу перекоса таза, что вызывает динамическую компрессию корешков спинномозговых нервов.

Однако некоторые работы иностранных авторов говорят о значительном положительном влиянии эндопротезирования тазобедренного сустава на болевые ощущения в пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В частности, известный ортопед P.Ben Galim провел исследование по изучению последствий эндопротезирования с точки зрения hip-spine синдрома у 25 пациентов. Исследовали пациентов с болевым синдромом в спине и тазобедренном суставе через 3 мес. и через 2 года после операции. Оценку проводили по визуально-аналоговым шкалам, опроснику Освестри и углам наклона таза. Почти у всех прооперированных пациентов уменьшились боли как в суставе, так и в спине (9). Необычную оперативную тактику описывает R.Fogel. По его мнению, у пациентов с болевым синдромом в нижних конечностях, в частности в тазобедренных суставах, которым выполнено эндопротезирование, возникает функциональное повреждение спинальных нервов. При эндопротезировании тазобедренных суставов у пациентов с асимптоматическими люмбарными стенозами риск подобных осложнений значительно возрастает. Исходя из этого, пациентам с заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренного сустава автор выполняет обе операции для устранения патологического состояния (12).

P.Chanplakorn с соавторами установили, что таз может изменять угол наклона при движении в тазобедренных суставах. При наличии сгибательной контрактуры пациент в вертикальном положении пытается выпрямиться за счет увеличения поясничного лордоза, что вызывает болевой синдром. Это, к сожалению, не учитывается при эндопротезировании с использованием компьютерной навигации, при которой в ходе установки ацетабулярного компонента часто недооценивается пространственное положение таза, особенно при различных положениях, так как в положении стоя и лежа углы поясничного лордоза разные. Поэтому необходимо учитывать возможности изменения таза в пространстве у пациентов с выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике. В Вертикальном положении все углы меняются, и ориентация вертлужного компонента становится некорректной. Это может привести к неправильной походке,

нерациональному покрытию головки, а в дальнейшем – к прогрессированию изменений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Авторы отмечают, что в положении стоя чашка принимает менее вертикальное положение, чем в положении сидя. Это наблюдение является очень важным, так как от этого зависит срок службы эндопротеза, в частности скорость формирования остеолиза при стирании полиэтилена в связи с некорректным соотношением углов ориентации ацетабулярного компонента. Справиться с этой можно только учитывая, что положение таза в пространстве варьирует у разных пациентов, и его степень также определяется наличием и длительностью дегенеративно-крестцового отдела позвоночника. Определить это возможно при более расширенном обследовании больного, в частности при рентгенографии таза и поясничного отдела в боковой проекции (10).

Известные украинские авторы в ходе анализа клиничко-рентгенологических данных выявили закономерность: если коксартроз развивался длительно, то и дистрофические изменения в позвоночнике также формировались медленно, касаясь, как правило, задних структур позвоночно-двигательного сегмента. Чем скорее прогрессировал коксартроз, тем более выражены были изменения в позвоночнике и затрагивали чаще передние структуры позвоночно-двигательного сегмента (патология диска, диск-радикулярные конфликты, нестабильность) (25).

В пожилом возрасте имеющиеся контрактуры конечностей, резкое ограничение движений, а также фиксированные деформации позвоночника, как правило, не вызывают выраженного болевого синдрома. Это можно объяснить тем, что параартикулярные и паравертебральные костные разрастания приводят к ограничению движений и своеобразной иммобилизации тазобедренных суставов и позвоночника. Эндопротезирование тазобедренного сустава у этих больных не всегда приводило к ожидаемым результатам, а иногда и усугубляло ситуацию.

В.М. Васкуленко с соавторами пришли к выводу, что если в клинической картине доминирует патология тазобедренного сустава, то артропластика, как правило, приводит к уменьшению поясничных болей. В случае преобладания патологического процесса в

позвоночнике в зависимости от его стадии и клинических проявлений вышеуказанные действия могут не только не привести к положительному эффекту в лечении, но и усугубить состояние пациента. В такой ситуации часто первым этапом требуется оперативное вмешательство на позвоночнике.

Наибольшие трудности возникают при равноценных патологических изменениях в тазобедренных суставах и позвоночнике. Такие больные требуют особенного индивидуального подхода и тесной кооперации между ортопедом и вертебрологом. (25).

Если врач при лечении коксартроза, осложненного дегенеративно-дистрофическим поражением пояснично-крестцового отдела позвоночника, то после эндопротезирования сохраняется болевой синдром, который требует проведения длительных курсов консервативного лечения, а довольно часто – вмешательства на позвоночнике. Это нивелирует ожидания пациента, приводит его к уверенности в том, что операция на тазобедренном суставе прошла неудачно. (5).

Таким образом, перед выбором варианта лечебного воздействия на коксартроз необходимо адекватно оценить необходимость оперативного вмешательства на пояснично-крестцовом отделе позвоночника.

В зависимости от длительности, выраженности и характера изменений со стороны тазового пояса целесообразна коррекция техники операции эндопротезирования, включающая, например, в определенных случаях целенаправленное сохранение укорочения или удлинения нижней конечности, изменение оффсета, что может являться профилактикой срыва так называемого адаптационно-компенсаторного статико-динамического функционального стереотипа между тазобедренным суставам и пояснично-крестцовым отделом позвоночника.

Таким образом, сочетанная патология пояснично-крестцового отдела позвоночника и тазобедренных суставов не без оснований считается одной из серьезных проблем современной ортопедии. Тактика лечения коксартроза, описанного почти тридцать лет назад, до сих пор является трудной и нерешенной задачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Агаджанян, В.В. Восстановление двигательной функции у больных с патологией тазобедренных суставов методом эндопротезирования // Травматология и ортопедия России. – 2002. – №1. – С.24 – 27.
- 2 Васкуленко, В.М. Концепция ведения больных коксартрозом на фоне дегенеративно-дистрофического поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника // Травма. - 2008. – Т. 9. – №1. – С. 6 – 12.
- 3 Загородний, Н.В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава : дис. ...д-р. мед. наук – М., 1998. – 347 с.
- 4 Р.М. Тихилов, В.М. Шаповалов Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава. – СПб.: 2008. – 324 с.
- 5 Сазонова, Н.В. Влияние комплексной консервативной терапии на динамику интенсивности боли при hip-spine syndrome // Хирургия позвоночника. – 2008. – №3. – С. 48-51.
- 6 Шаповалов, В.М. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава после переломов вертлужной впадины // Лечение сочетанных травм и повреждений конечностей. – М.: 2008. – №2. – С. 9 – 13.
- 7 Шапошников, Ю.Г. Травматология и ортопедия : руководство для врачей в 3 томах. – М.: Медицина, 1997. – Т. 3. – 624 с.
- 8 Шильников, В.А. Болевой синдром эндопротезированного тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. – 2006. – №2. – С. 319 – 320.
- 9 Ben-Galim, P. Hip-spine syndrome: the effect of total hip replacement surgery on low back pain in severe osteoarthritis of the hip. – 2007. – V.32. - №19. – P. 2099 – 2102.
- 10 Chanplakorn, P. Luumbopelvic alignment on standing lateral radiograph of adult volunteers and the classification in the sagittal alignment of lumbar spine // Eur. Spine J. – 2011. – V. 20. – №5. – P. 706 – 712.
- 11 Cibulka, M.T. The treatment of the sacroiliac joint component to low back pain: A case report // Phys. Ther. – 1992. – №2. – V. 72. – P. 917 – 922.
- 12 Fogel, G.R. Hip spine syndrome: management of coexisting radiculopathy and arthritis of the lower extremity. – 2003. – V. 3. – № 3. – P. 238 – 241.
- 13 Matsuyama, Y. Hip-spine syndrome: total sagittal alignment of the spine and clinical symptoms in patients with bilateral congenital hip dislocation. – 2004. – №4. – V. 29. – P. 2432 – 2437.
- 14 Mellin, G. Correlation of hip mobility with degree of back pain and lumbar spinal mobility in chronic low back pain patients. – 1988. – №2. – V. 13. – P. 668-670.
- 15 Offierski, C.M. Hip-spine syndrome. – 1983. – Vol. 8. - № 3. – P.316-321.
- 16 Yoshimoto, H. Spinopelvic alignment in patients with osteoarthrosis of the hip: a radiographic comparison to patients with low back pain // Spine. – 2005. – V. 30. – №5. – P.1650 – 1657.

Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ

№4 Қалалық клиникалық аурухана,

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

Травматология және ортопедия кафедрасы

ЖАМБАС САН БУЫНЫ - БЕЛ АЙМАҒЫ АУЫРСЫНУ СИНДРОМЫ

Түйін: Бұл жұмыста жамбас сан буыны эндопротезінен кейінгі ауырсыну синдромының этиопатогенезін айқындау үшін 1000-нан астам пациенттерге жүргізілген зерттеу қарастырылған.

Түйінді сөздер: Кокс-омыртқа синдромы, жамбас буынын эндопротездеу.

T.ZH. SULTANBAYEV

#4 City Clinical Hospital

*Asfendiyarov Kazakh National medical University,
Department of traumatology and orthopaedy*

HIP-LUMBAR SYNDROME

Resume: Lumbosacral spine and hip joints is a complex physiological functions of co-operation of large number of anatomical structures. Lesions of the links in the system can mutually afflict each other. Combined pathology of the hip and lumbosacral spine is called hip-spine syndrome, or coxa-vertebral syndrome. Symptoms of the joint and spine are very similar and only a careful examination and clinical examination may find the differences. As the disease progresses the hip increases the restriction of movement, there is a contracture of the limbs in a vicious position, which leads to an increase in tilt of the pelvis, increased lumbar lordosis and to functional shortening of limbs on the affected side. This gives rise to functional impairment, and then strain the joints of his spine and disease – osteochondrosis and scoliosis.

Keywords: Coxa-vertebral syndrome, hip replacement

Т.Ж. Султанбаев, С.С. Альходжаев, О.И. Рыжкова, Б.Б. Алпысбаев

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,

кафедра травматологии и ортопедии

Городская клиническая больница №4 г. Алматы

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

УДК 616.727.3-005.5.089+616-039

Проблема лечения сочетанной травмы занимает одно из ведущих мест, что объясняется ее большой социальной значимостью. Сочетанные

повреждения являются одной из трех основных причин смертности населения, у пострадавших в возрасте до 40 лет эта причина выходит на первое место. Актуальность проблемы объясняется также длительными сроками временной нетрудоспособности и большим процентом инвалидности среди пострадавших. (1,2)

Переломы плечевой кости при сочетанной травме составляют до 18% из встречающихся патологии костной системы. (3). Особую группу составляют внутрисуставные переломы проксимального и дистального отделов плечевой кости, вызывающие развитие контрактур в плечевом и локтевом суставах и ведущие к развитию инвалидности. При сочетанной травме сроки лечения переломов удлиняются, что затрудняет восстановление функции верхней конечности (3).

Материалы и методы исследования: Нами проведен анализ лечения 67 больных, обратившихся в клинику с сочетанной травмой: черепно-мозговой травмой различной степени тяжести и переломами плечевой кости. Основной причиной травмы были: дорожно-транспортные происшествия – 56%, кататравма – 25%, бытовая травма – 19%. Из обратившихся 47 человек – мужчины, 20 – женщины. Распределение больных по возрасту: до 20 лет – 10%, от 21 до 60 лет – 78%, старше 60 лет – 12%. Приведенные данные показывают, что в 78% случаев травмы были у лиц трудоспособного возраста.

Распределение пострадавших в зависимости от тяжести черепно-мозговой травмы: сотрясение головного мозга – 33 человек, ушибы головного мозга различной степени тяжести – 28 человек, суб- и эпидуральные гематомы – 6 человек. Травмы плечевой кости: переломы проксимального отдела – 16 человек, переломы диафиза плеча – 34 человек, переломы дистального отдела – 15 человек, вывих плеча – 2 больных.

При поступлении пострадавших оценивалась тяжесть их состояния, что и определяло дальнейшую тактику лечения. При поступлении

В этой статье проведен анализ лечения 67 больных, обратившихся в клинику с сочетанной травмой: черепно-мозговой травмой различной степени тяжести и переломами плечевой кости.

Ключевые слова: плечевая кость, остеосинтез, сочетанная травма

больных в состоянии шока первые мероприятия были направлены на борьбу с шоком, нарушением функции жизненно важных органов, ликвидацию острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Одновременно проводилось обследование: анализы крови и мочи, стандартные рентгенологические исследования, компьютерная томография головного мозга при подозрении на гематому. Тяжесть состояния этих больных определялась тяжелой черепно-мозговой травмой, наличием открытых переломов. Тактика лечения переломов плечевой кости помимо тяжести черепно-мозговой травмы зависела от характера перелома (открытый или закрытый) и степени смещения отломков. При наличии перелома без смещения (24 человека) лечение было консервативным: обезболивание, гипсовая иммобилизация, рентген-контроль. Вывих плечевой кости был у 2 пострадавших: после устранения вывиха осуществлялась иммобилизация повязкой Дезо.

В экстренном порядке оперировались больные с открытыми переломами – 32 человек. Объем оперативного вмешательства определялся размером раны, состоянием больного, характером перелома. При стабильном состоянии больного, размерах раны более 2,0 см осуществлялась первичная хирургическая обработка раны, открытая репозиция отломков, фиксация пластиной, шурупами (14 человек). При ранах до 2,0 после первичной хирургической обработки раны производилась закрытая репозиция отломков с наложением аппаратов внешней фиксации (27 человек). У 4 больных из-за тяжелой черепно-мозговой травмы ограничили первичной хирургической обработкой раны и гипсовой иммобилизацией.

При наличии закрытых переломов плечевой кости со смещением отломков больные были

оперированы в сроки от 2 дней до 3 недель (таблица 1)

Таблица 1 - Распределение больных по срокам проведения оперативных вмешательств

Распределение больных	Сроки выполнения операции с момента травмы	Количество больных
1 группа	В экстренном порядке	32 (47,7%)
2 группа	3-5 сутки после травмы	16 (23,8%)
3 группа	До 2 недель	12 (17,8%)
4 группа	Через 2-3 недели	7 (10,7%)

Проведены следующие операции: закрытая или открытая репозиция отломков с последующей фиксацией: пластинами, стержнями, спицами Киршнера и Илизарова. Швы снимали на 8-10 сутки, больные выписались на амбулаторное лечение после регресса симптомов черепно-мозговой травмы.

Результаты лечения: Наличие сотрясения головного мозга в большинстве случаев не влияло на сроки и выбор метода лечения скелетной травмы. Оперативное лечение проводилось в сроки до 5 дней. При тяжелой черепно-мозговой травме проведение активного хирургического лечения приходилось отложить до улучшения общего состояния больного и регресса черепно-мозговой травмы. В этом случае оперативное лечение проводилось в сроки до 2 недель. У 5 больных произвели одномоментную комбинированную операцию: декомпрессионную трепанацию черепа (эпидуральные гематомы) и наложение аппарата внешней фиксации при открытом переломе диафиза плечевой кости.

Хорошие отдаленные результаты получены у больных, оперированных в ранние сроки с момента получения травмы 64%: достигнуто полноценное и своевременное сращение переломов, восстановление функции верхней конечности, трудоспособности.

Удовлетворительные результаты получены у 27,6 больных: достигнуто сращение переломов, частичное ограничение движений в плечевом и локтевом суставах. Неудовлетворительные результаты у 14 больных, оперированных в поздние сроки: замедленная консолидация переломов (5), ложные суставы (9), развитие стойких контрактур суставов. У 4 больных, оперированных с открытыми переломами, наблюдалось нагноение ран из-за обширного размоложения мягких тканей в момент травмы.

Заключение: Выбор тактики лечения при сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмах остается одной из сложных проблем. Оперативное вмешательство со стабильной фиксацией в ранние сроки (до 5 суток) способствуют полноценному сращению переломов, создают благоприятные условия для ранней разработки движений. Это позволяет сохранить функцию верхней конечности, трудоспособность больных.

При наличие внутричерепной гематомы малотравматичный стабильный остеосинтез может быть произведен одновременно с декомпрессионной трепанацией черепа (использование аппаратов внешней фиксации, спиц). Дифференцированный подход к лечению сочетанных черепно-мозговых и скелетных травм позволяет достичь благоприятных результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Абдуразаков У.А., Проблемы организации травматологической помощи при политравме в Республике Казахстан // Материалы Казахстанско-Германского симпозиума. – Астана: 2000. – С. 6-12.
- 2 Кузьменко В.В. Летальность при сочетанной травме и возможности ее снижения // Ортопедия, травматология. – 1996. – №9. – С. 50-52.
- 3 Гринев М.В. Сочетанная травма: сущность, проблемы, пути решения // Оказание помощи при сочетанной травме. – 1997. – №2. – С. 15-18.
- 4 Батпенов Н.Д. Переломы костей верхних конечностей при политравме. – Алма-Ата: 1988. – 216 с.
- 5 Лебедев В.В., Голиков П.П. Клинические предпосылки к раннему остеосинтезу при черепно-мозговой травме, сочетанной с травмой конечностей // Нейрохирургия. – 1999. – №1. – С. 19-25.

Т.Ж. СУЛТАНБАЕВ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, О.И. РЫЖКОВА, Б.Б. АЛПЫСБАЕВ

С. Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті,

Травматология және ортопедия кафедрасы,

№4 Қалалық клиникалық аурухана

ҚОСАРЛАНҒАН ЖАРАҚАТ КЕЗІНДЕ ТОҚПАН ЖІЛІК СҮЙЕКТЕРІНІҢ СЫНЫҒЫНА ҚОЛДАНАТЫН ЕМДЕУ ТАКТИКАСЫ

Түйін: Аталмыш мақалада иық сүйегінің жарақаттануы мен бассүйек жарақаты бойынша клиникада көрінген 67 науқастардың емдеу тәжірибесіне тексеру жүргізіледі.

Түйінді сөздер: тоқпан жілік, остеосинтез, қосарланған жарақат.

T.ZH. SULTANBAYEV, S.S. ALHODZHAEV, O.Y. RIZHKOVA, B.B. ALPISBAEV

Department of Traumatology and Orthopedics, Asfendiyarov KazNMU.

City Clinical Hospital №4

THE TREATMENT OF HUMERUS FRACTURES WITH CONCOMITANT INJURY

Resume: Analyzed the experience of treating 67 patients with humeral fractures in conjunction with traumatic brain injury. The feature is the flow of patients in a state of shock and failure of respiratory and cardiovascular systems, which required at the beginning the stabilization of the fracture with external fixation device, then osteosynthesis.

Keywords: humerus, osteosynthesis, concomitant injury

Содержание

М.Т. СЕЙДУМАНОВ <i>ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ №4 ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ</i>	1
ПСИХИАТРИЯ ЖӘНЕ НЕВРОЛОГИЯ ПСИХИАТРИЯ И НЕВРОЛОГИЯ PSYCHIATRY AND NEUROLOGY	
А.А. ШОЙБЕКОВА, С.Н. ИСАКОВА <i>ДОРСОПАТИЯ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ</i>	7
С.Н. ИСАКОВА, И.Ж. КУАНЫШБАЕВА, Г.С. БАЙСЫМАКОВ, Д.Ж. ШОХАЕВ <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИНПОЦЕТИНА(КАВИНТОН) В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА</i>	12
А.С. КУДАЙБЕРГЕНОВА, А.Л. КОКУРОВ, Ш.Н. ДОСЖАНОВА <i>ПРИМЕНЕНИЕ МИДОКАЛМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ СПАСТИЧНОСТИ</i>	18
А.Л. КОКУРОВ, Р.У. ИЛИЕВ, Н.С.УИЛЕБАЛДИЕВА <i>АТИПИЧНОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО МЕНИНГИТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)</i>	23
АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯ АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	
Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, С. Е. ЕРКЕНОВА, Л.И. НУРГАЛИЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, А.С. ЛЕМИС, Д.Д. СУЛТАНОВА, А.А. КАРИБАЕВА, Н.Б. КОНКЫШ, В.А. ВАСИЛЬЕВА <i>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ</i>	27
Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, С.Е. ЕРКЕНОВА, Л.И. НУРГАЛИЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Н.А. АЛИЕВА, Ж.А. УЛЕУНАЗАРОВА, А.К. АБИЛБЕКОВА, А.Е. ОСПАНОВА, Л.М. ХАМПИЕВА <i>СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ</i>	30
А.И. КОРКАН, М.В. ЛАКТИОНОВА, И.М. СМАГИНА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Л.С. ДИАМБЕКОВА <i>ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕНИТАЛЬНОГО ПРОЛАПСА С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД. ЭФФЕКТИВНОСТЬ</i>	33
Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, А.Л. УУРСЫМБЕТОВА, М.Ю. БАШКИРОВА, К.Ш. САХАЕВА <i>КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ ПРИ НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ С АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИЕЙ МАТКИ</i>	39
Л.И. НУРГАЛИЕВА, Р.Ж. САНСЫЗБАЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Г.А. УАНЫШЕВА, И.З. АЛИЕВА, Э.У. АСИЛЬБЕКОВА, А.Ж. ДЖАУАРОВА, Л.Б. КАСЫМОВА, Н.Е. МАМЕДОВА, Н.Э. УӨРЕБАЕВА <i>НЕРАЗВИВАЮЩАЯСЯ БЕРЕМЕННОСТЬ</i>	42
Л.И. НУРГАЛИЕВА, Г.Ж. ЖАТКАНБАЕВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Г.А. УАНЫШЕВА, А.А. КАРИБАЕВА, З.У. КЕВИРОВА, Н.Б. КОНКЫШ, М.В. ЛАКТИОНОВА, А.Б. МУХАНОВА, Ж.Д. ОМИРКУЛ <i>СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ</i>	45
А.И. КОРКАН, М.В. ЛАКТИОНОВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Д.Б. ЖАКСЫЛЫКОВА <i>ОСЛОЖНЕНИЯ, СОПРЯЖЕННЫЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКОГО НЕРАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ ПРОТЕЗА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ</i>	49

А.И. КОРКАН, М.В. ЛАКТИОНОВА, С.А. ЛЫСЕНКОВ, Л.М. ЕМЕЛЬБАЕВА <i>СРАВНЕНИЕ ВАГИНАЛЬНОГО И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ</i>	54
Р.С. СКАКОВА, Е.П. ЗЫРЬЯНОВА, М.Б. ИСАБЕКОВА, Б.С. ФСМАНОВА <i>СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИИ В ЭКСТРЕННОЙ СЛУЖБЕ</i>	59
СӘУЛЕЛІ ДИАГНОСТИКА ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА IMAGING DIAGNOSIS	
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, М.М. ЖАРЫКБАСОВ <i>МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ САКРОИЛЕИТА</i>	62
А.Ж. НУРМАКОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ, Ж.Р. ЕЛЕМЕС <i>СКРИНИНГ КАК МЕТОД РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</i>	66
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Н.Е. ЖАКСЫЛЫКОВА <i>СЛУЧАЙ МСКТ ДИАГНОСТИКИ ГИГАНТСКОГО ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА</i>	70
Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Д.Ж. ШОХАЕВ, Ж.К. АДІЛЬБЕКОВА <i>УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД</i>	74
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ҚАРҚЫНДЫ ТЕРАПИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE	
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Д.М. ОРМАХАН, К.Ф. ИСАМЕТОВ., Б.Н. АЛГАШБАЕВ, Е.С. НУРАЛИЕВ <i>СИСТЕМАТИЗАЦИЯ ФАКТОРОВ РИСКА, ПРИВОДЯЩИХ К ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ</i>	77
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, А.М. ШАТАЕВА, Н. СЕРИККЫЗЫ, А.Н. КУДАЙБЕРГЕНОВА, А.Ф. СҮЙЕРКУЛОВА <i>АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАНКРЕАТИТОМ</i>	80
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, М.С. МУРАТБЕКОВ, Д.М. ОРМАХАН, М.М. СУЛТАН, Е.И. ДЖОЛДАСПАЕВ <i>ИЗУЧЕНИЕ ДИНАМИКИ ИЗМЕНЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНОГО ДАВЛЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ПОЛУЧЕНИЯ СЕАНСОВ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ</i>	84
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, К.Ш. ЕМЕЛЬЖАНОВ, С.К. ШОКЕШОВ, Ж.Ж. ОСПАНАЛИЕВА, М.А. ВЕЙБЕРОВА <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОДЛЕННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ</i>	88
Р.У. ЖУСУПОВА, Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, К.Ш. ЕМЕЛЬЖАНОВ, А.Н. КУДАЙБЕРГЕНОВА, А.Ф. СҮЙЕРКУЛОВА <i>ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ОРИТ</i>	91
Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, М.К. БАЙТУРСИНОВ, Г.К. МЕЧТОВА, К.Ш. ЕМЕЛЬЖАНОВ, К.М. СУЛЕЙМЕНОВ <i>ЖИРОВАЯ ЭМБОЛИЯ В ТРАВМАТОЛОГИИ</i>	96
Н.К. СУЛЕЙМЕНОВ, Б.К. СУЛЕЙМЕНОВ, С.Ж. СУЛЕЙМЕНОВ, Б.А. МАХАМБЕТОВ, А.Б. ПУЛАТБАЕВА <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ АНЕСТЕЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТОТАЛЬНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВОВ</i>	101

**ХИРУРГИЯ
ХИРУРГИЯ
SURGERY**

- Г.А. АХМЕДЖАНОВА, А.Я. БЕКМУРАТОВ**
УСПЕШНАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ НА ЖЕЛУДКЕ ПРИ ПРОФУЗНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА У БОЛЬНОГО С ОБШИРНЫМ ОЖОГОМ ТУЛОВИЩА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ 104
- А.Н. БАЙМАХАНОВ, Р.У. ЕСЕРГЕНЕВА, М.У. НАДЫРОВ, Б.Ш. ЖАМЕКОВ, Д.У. ЖҰМАТАЕВ, А.С. СЕМЕНОВ**
ЭЛЕКТРОХИМИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІРІЛГЕН ЕРТІНДІЛЕР БЕЙТАРАП АНОЛИТ ЖӘНЕ КАТОЛИТ ЕРІТІНДІЛЕРІН ІРІНДІ ҚАБЫНҒАН ЖАРАЛАРДЫ ЖЕРГІЛІКТІ ЕМДЕУДЕ ҚОЛДАНУ 107
- А.Н. БАЙМАХАНОВ, А.М. СМАГУЛОВ, У.К. КОЖАХМЕТОВ, Б.К. МУКАШЕВ, М.С. ГАДАБОРЩЕВ, К.К. ОНАЙБАЙ**
ГИГАНТСКИЙ ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА (КРАТКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 110
- А.Н. БАЙМАХАНОВ, Г.А. АХМЕДЖАНОВА, А.М. СМАГУЛОВ, М.У. НАДЫРОВ, Б.Ш. ЖАМЕКОВ, Д.У. ЖУМАТАЕВ**
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОВИДЕХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ 114
- Г.А. АХМЕДЖАНОВА, Ж.А. ДОЛАЕВ, А.М. ЕЛИКБАЕВ, М.С. ГАДАБОРШЕВ, К.М. БУИРАЕВ**
АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ №4 ҚКА-ДА ЖАСЫЛЫНҒАН ДӘСТҮРЛІ ЖӘНЕ ЛАПАРОСКОПИЯЛЫҚ АППЕНДЭКТОМИЯ НӘТИЖЕЛЕРІН САЛЫСТЫРМАЛЫ ТҮРДЕ ТАЛДАУ 119
- М.У. НАДЫРОВ, А.Ж. НУРМАКОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ, У.Е. КОНУРБАЕВ, Ф.К. АЛМАТАЕВ**
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ 124
- А.Ж. НУРМАКОВ**
МЫСЛИ О ДЕОНТОЛОГИИ, ЭТИКЕ ВРАЧА И ВРАЧЕВАНИИ 131
- Д.А. НУРМАКОВ, А.Н. БАЙМАХАНОВ, М.У. НАДЫРОВ, Б.К. МУКАШЕВ, А.С. СЕМЕНОВ**
СИСТЕМНАЯ ИММУНОКОРРЕКЦИЯ «БЕТАЛЕЙКИНОМ» ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПИЙНОЙ НАРКОМАНИИ 136
- Д.А. НУРМАКОВ**
ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ РАН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 140
- А.М. СМАГУЛОВ¹, А.Н. БАЙМАХАНОВ², Ж.А. КАЛМАТАЕВА³**
ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ В ДЕЙСТВИЯХ ВРАЧА ПРИ КОНФЛИКТНЫХ СИТУАЦИЯХ С ПАЦИЕНТАМИ 145
- А.А. ХАМЗИН, Р.А. ФРОЛОВ, Г.С. АБДИЕВ, Н.Б. КАРЖАУБАЕВ**
ВАЛИДНОСТЬ ДАННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН В РАМКАХ КРИТЕРИЕВ ШКАЛЫ PRINS 148
- ТЕРАПИЯ
ТЕРАПИЯ
THERAPY**
- С.Ф. УМАРОВА, Г.Н. ИДРИСОВА, Д.С. СУНДЕТОВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА**
БАУЫРДЫҒ АЛКОГОЛЬДІ АУРУЫНЫҒ КЛИНИКО-БИОХИМИЯЛЫҚ СИПАТТАМАСЫ 152

А.Б. МУСТАФИН, Л.К. УУКАЕВА, Р.У. ЖУСУПОВА, Д.С. СУНДЕТОВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА <i>КО-ИНФЕКЦИЯ ГЕПАТИТА С И ВИЧ</i>	155
С.Ф. УМАРОВА, А.Б. МУСТАФИН, Ж.К. САУЛЕЕВА, Р.У. ЖУСУПОВА <i>ИЗМЕНЕНИЕ ДЕТОКСИЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ГЕПАТИТАХ</i>	160
С.Ф. УМАРОВА, Л.К. УУКАЕВА, А.Б. МУСТАФИН, Ж.К. САУЛЕЕВА <i>АДАПТАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В СО ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ АБП</i>	165
Г.Н. ИДРИСОВА, А.Б. МУСТАФИН, Ж.К. САУЛЕЕВА, Д.С. СУНДЕТОВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА <i>СРК И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ</i>	167
С.Ф. УМАРОВА, Г.Н. ИДРИСОВА, Ж.К. САУЛЕЕВА <i>ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ</i>	169
Г.Н. ИДРИСОВА, Ж.К. САУЛЕЕВА, М.Р. АБДЫКАСЫМОВА <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДПК</i>	172
ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ PUBLIC HEALTH	
С.К. САГАЕВА, Р.У. ЖУСУПОВА <i>КҮНДІЗГІ СТАЦИОНАРЛЫҚ БӨЛІМШЕДЕ АРТЕРИАЛЬДЫҚ ГИПЕРТОНИЯМЕН ЕМ ҚАБЫЛДАП ЖАТҚАН ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ НАУҚАСТАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ САПАСЫН САРАПТАУ</i>	178
С.К. САГАЕВА, А.А. НУРСЕЙТОВА <i>ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ДОВЕРИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ К МЕДИЦИНСКОМУ ПЕРСОНАЛУ БОЛЬНИЦЫ</i>	181
ОРТОПЕДИЯ ЖӘНЕ ТРАВМАТОЛОГИЯ ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ ORTHOPEDICS AND TRAUMATOLOGY	
S.B. SARTAEV, K.KH MUKHAMEDZHANOV, G.I. KHUSNUTDINOVA, R.K. DZHANABAIEVA, R.A. KURBANSOPYIEV <i>CLINICO-RADIOLOGICAL DIAGNOSIS OF BONE ECHINOCOCCOSIS ACCORDING TO LONG-TERM OBSERVATION</i>	184
С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, Р.Р. ГАЙСИН, А.И. ПАНФИЛОВ, А.А. ФЕДОТОВ <i>ФИЛОСОФИЯ ПОДХОДА К ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ</i>	189
С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, К.М. УЕЗЕКБАЕВ, А.К. КИЛЫБАЕВ, Р.М. МАХМУДОВ, Н.УУРБЕКОВ <i>ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА</i>	191
С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, К.М. УЕЗЕКБАЕВ, А.К. КИЛЫБАЕВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Б.А. ЖАНКИН, Р.Р. НИ, Г.Б. МАХАМБЕТОВ <i>ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА</i>	194
С.О. УУТКЫШБАЕВ, Л.К. АМАНЖОЛОВА, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА</i>	197
Б.А. БЕРДАВЛЕТОВ, Р.Р. НИ, Н.У. УУРБЕКОВ, Д.М. УУСУПОВ <i>СОЧЕТАННАЯ ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</i>	200

Б.А. БЕРДАВЛЕТОВ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, М.Г. АУБАКИРОВ <i>НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСТРЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА</i>	203
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, К.М. УЕЗЕКБАЕВ, М.О. ЖУМАГУЛОВ, Д.М. УУСУПОВ, А.К. МАЙЛИБЕКОВА, С.А. МАХАНОВ <i>АНАЛИЗ ФУНКЦИЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ</i>	206
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Н.Б. БИМУРАТОВА, А.Г. ДЁ, Х.Н. АЙНИТДИНОВА, Г.Б. МАХАМБЕТОВ <i>АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА</i>	215
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Н.Б. БИМУРАТОВА, А.Г. ДЁ, Х.Н. АЙНИТДИНОВА, М.З. ЖАКСЫМУРАТОВ <i>АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА</i>	223
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Н.Б. БИМУРАТОВА, А.Г. ДЁ, Х.Н. АЙНИТДИНОВА, А.К. МАЙЛИБЕКОВА, Б.Б. НУРАЛИЕВ <i>АНАЛИЗ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ</i>	231
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, С.А. МАХАНОВ, Р.А. КУРБАНСОПИЕВ, К.Е. БИЛЬДЕБАЕВ, Н.Н. БАЙБАХОВ <i>ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ (ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ)</i>	245
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, М.О. ЖУМАГУЛОВ <i>ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ</i>	248
М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Ж. ОРАЗХАН, Е.Н. НУРЛЫБЕКОВА, А.А. ФШУРОВ, Г.Б. МАХАМБЕТОВ <i>АНАЛИЗ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПО ПОВОДУ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА</i>	251
Б.А. ЖАНКИН, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, М.О. ЖУМАГУЛОВ, Р.Р. НИ <i>РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ, УКАЗЫВАЮЩИЙ НА ПОВРЕЖДЕНИЕ СВЯЗОК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА</i>	256
Б.А. ЖАНКИН, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, М.Н. ДЖАКСЫБАЕВ, Б.Б. УОЛАМАТОВ <i>ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ</i>	259
В.А. СЕЛИВАНОВ, М.О. ЖУМАГУЛОВ, Е.Ж. ОМИРЗАК, И.В. КРАВЧЕНКО, Р.М. УОКУШЕВ, Б.У. АБДАЛИЕВ <i>ЗАДНИЙ ЗАСТАРЕЛЫЙ ДВУСТОРОННИЙ ВЫВИХ ПЛЕЧА КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</i>	261
Ю.Х. ЗУБИ, А.К. КИЛЫБАЕВ, Г.Б. МАХАМБЕТОВ <i>АЛДЫҢҒЫ КРЕСТ ТӘРІЗДІ БАЙЛАМ ЖАРАҚАТЫН ЕМДЕУДЕГІ БІЗДІҢ ТӘЖІРБИЕМІЗ</i>	266
М.А. НАСЫБУЛЛИН, Ю.Х. ЗУБИ <i>СПОСОБ СТИМУЛЯЦИИ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ ПРИ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ</i>	270
YU. ZUBI, S.S. ALHODGAEV, N.N. BAIVASHOV <i>TREATMENT OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT INJURIES: A CASE CONTROLLED STUDY</i>	273
Ю.Х. ЗУБИ, У.Ж. СУЛТАНБАЕВ <i>ОПТИМАЛЬНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ЧРЕЗМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ТРАВМЫ</i>	277

А.К. КИЛЫБАЕВ, С. С. АЛЬХОДЖАЕВ, С. А. МАХАНОВ, М.О.ЖУМАГУЛОВ, Р. М. УОКУШЕВ <i>ИСХОДЫ ДОЛЕЧИВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ДИСТАЛЬНОМ МЕТАЭПИФИЗЕ</i>	280
А.К. КИЛЫБАЕВ, С.А. МАХАНОВ, Ю.Х. ЗУБИ, М.О.ЖУМАГУЛОВ, Б.Г. АБДОЛИЕВ <i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ИСХОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВЫВИХОВ И ПЕРЕЛОМОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ</i>	282
Р.Р. ГАЙСИН, А.К. КИЛЫБАЕВ, А.И. ПАНФИЛОВ, А.А. ФЕДOTOB <i>АСТРАГАЛЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ</i>	284
Р.Р. ГАЙСИН, А.К. КИЛЫБАЕВ, А.И. ПАНФИЛОВ, А.А. ФЕДOTOB <i>ПРИМЕНЕНИЕ ЗАДНЕ-МЕДИАЛЬНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ГОЛЕНИ НА РЕТРОГРАДНОМ КРОВОТОКЕ В ГНОЙНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ</i>	286
Р.Р. НИ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, Н.О. БИКОНУРОВ <i>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВЫХ РАН НА ОСНОВЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОГЕЛЕВЫХ ПОВЯЗОК «AQUA DRESS»</i>	288
Р.Р. НИ, Н.О. БИКОНУРОВ, Б.А. БЕРДАВЛЕТОВ <i>ПЛАСТИКА НЕСВОБОДНЫМ ПАХОВЫМ ЛОСКУТОМ ДЕФЕКТА ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ РАЗМОЗЖЕНИИ КИСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)</i>	291
Р.Р. НИ, Н.О. БИКОНУРОВ <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСТАНОВКИ «РЕДАКТРОН»</i>	296
Е.Ж. ОМИРЗАК <i>ЭХИНОКОККОЗ ПОЗВОНОЧНИКА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ СПОНДИЛИТОМ</i>	298
В.А. СЕЛИВАНОВ, М.О. ЖУМАГУЛОВ, Е.Ж. ОМИРЗАК, И.В. КРАВЧЕНКО, Р.М. УОКУШЕВ, Б.У. АБДАЛИЕВ <i>АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ РАЗРЫВА ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА</i>	301
С. А. МАХАНОВ, М.Г АУБАКИРОВ, А.К. КИЛЫБАЕВ, С.У. ДЖАНДАРБЕКОВ <i>ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ КОНТРАКТУРЕ</i>	307
У.Ж. СУЛТАНБАЕВ, А.Н. ЧУЧУЛО <i>БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА</i>	312
У.Ж. СУЛТАНБАЕВ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, Д.М. УУСУПОВ <i>ОШИБКИ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА</i>	315
У.Ж. СУЛТАНБАЕВ, А.А. САГАТОВА, А.С. КЕРИМБАЕВА, С.С. САДИКОВА, Ж.У. СУЛТАНБАЕВА <i>ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ</i>	317
У.Ж. СУЛТАНБАЕВ, А.Н. ЧУЧУЛО, Ю.Х. ЗУБИ <i>РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ</i>	320
У.Ж. СУЛТАНБАЕВ <i>ТАЗОБЕДРЕННО-ПОЯСНИЧНЫЙ СИНДРОМ</i>	323
У.Ж. СУЛТАНБАЕВ, С.С. АЛЬХОДЖАЕВ, О.И. РЫЖКОВА, Б.Б. АЛПЫСБАЕВ <i>ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ</i>	329
СОДЕРЖАНИЕ	332