

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ XXI ВЕКА**



№3, 2012

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

**Кыргызский государственный
медицинский институт
переподготовки и повышения
квалификации**

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

д.м.н., профессор Чубаков Т.Ч.

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:

**член-корр. НАН КР, д.м.н.,
профессор Ашимов И.А.**

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:

Чапыев М.Б.

**Журнал зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Кыргызской Республики**

**Лицензия на издательскую
деятельность №1016**

**Кыргызская Республика, 720040,
г.Бишкек, ул.Боконбаева 144а**

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

**Бокчубаев Э.Т. - д.м.н.
Джузенова Б.С. - д.м.н., профессор
Каратаев М.М. - д.м.н., профессор
Кожакматова Г.С. - д.м.н., профессор
Ниязов Б.С. - д.м.н., профессор
Намазбеков М.Н. - член-корр. НАН КР,
д.м.н., профессор
Фейгин Г.А. - д.м.н., профессор
Токтомушев Ч.Т. - к.м.н., доцент**

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

**Сагинбаева Д.З. (Бишкек)
Мамакеев М.М. (Бишкек)
Мамытов М.М. (Бишкек)
Мурзалиев А.М. (Бишкек)
Кудаяров Д.К. (Бишкек)
Сулайманов Ш. (Ош)**

Решением Высшей Аттестационной Комиссии Кыргызской Республики (ВАК КР) научно-практический журнал «Медицинские кадры XXI века» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Кыргызской Республике, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

ВОПРОСЫ ИНФОРМИРОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ О РАЗВИТИИ И ПРЕОБРАЗОВАНИЯХ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Ыбыкеева Э.О.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Традиционно сложившееся представление о медицинской сестре, как о «помощнице врача», выполняющей вспомогательные функции, недооценка научного анализа в управлении и организации работы среднего медицинского персонала, изъяны в профессиональной подготовке медицинских сестер наносят урон престижу сестринского дела и ухудшению качества их деятельности. Руководители лечебно-профилактических организаций не используют в полной мере потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции. Медицинская сестра должна в большей степени соответствовать нуждам населения, а не потребностям системы здравоохранения. Она должна трансформироваться в хорошо образованного профессионала, равного партнера, самостоятельно работать с населением, способствуя укреплению здоровья общества. Именно медицинской сестре сейчас отводится ключевая роль в медико-социальной помощи людям пожилого возраста, пациентам с инкурабельными заболеваниями, санитарном просвещении, организации образовательных программ, пропаганде здорового образа жизни [1, 7, 10,11,12,13].

Одной из основных задач реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики является повышение доступности и качества медицинской помощи для широких слоев населения. Сегодня в условиях нашей страны сестринское дело является важным и наиболее ресурсоемким компонентом системы здравоохранения по предоставлению медицинских услуг.

В связи с этим возникла необходимость проведения реформы в сестринском деле и одной из ее задач является внедрение современных сестринских технологий в практическое здравоохранение Кыргызской

Республики.

В настоящее время сестринский процесс во многих странах является основой ухода за пациентами, который позволяет систематизировать работу медсестер, выбирать приоритетные направления, планировать и выполнять действия, а также оценивать их результат вместе с пациентом.

Для успеха любых реформ управленческие кадры, настроенные на перемены и компетентные в их осуществлении, играют важную роль. От профессионалов, умеющих управлять грамотно, способных соединить современное видение сестринского дела с практическими технологиями управления зависит все [2,3,5]. Поэтому определяющую роль в организации всех направлений деятельности сестринского персонала принадлежит руководителям сестринских служб различных уровней, начиная со старших медсестер отделений лечебно-профилактических организаций (ЛПО) и кончая главными специалистами по сестринскому делу [4,6].

Однако практика показывает, что даже подготовленному лидеру сестринского дела одному не справиться с консерватизмом главных врачей и сопротивлением процессу перемен врачебного персонала. Поэтому лидер должен создавать команду единомышленников, способную изменить отношение к сфере деятельности медицинских сестер и способствовать реформированию сестринской практики [8,9].

В условиях нашей республики научное исследование, посвященное изучению уровня информированности медицинских работников о развитии сестринского дела и мероприятиях, проводимых в рамках реализации преобразований системы здравоохранения, включая вопросы сестринского процесса, не проводилось.

Цель нашего исследования: изучить информированность медицинских работников о преобразованиях в сестринском деле и фактическую готовность (желание) их внедрению новых инновационных технологий в сестринскую практику.

Материал и методы. Нами были разработаны анкеты для медицинских работников, состоящие из нескольких разделов. В первом разделе предлагался перечень вопросов, касающихся их должности и стажа работы по специальности; во втором – мнения по работе медицинских сестер и профессионального сестринского ухода; в третьем разделе – вопросы, касающиеся определения их уровня знаний по сестринскому процессу и в четвертом – о необходимости им знаний современного сестринского дела. Объектами исследования являлись врачи, организаторы сестринского дела (СД) и руководители лечебно-профилактических организаций (ЛПО). По разработанным анкетам было проведено анкетирование врачей и организаторов сестринского дела Нарынской областной объединенной больницы

(НООБ) и Нарынского областного центра семейной медицины (НОЦСМ), а также руководителей ЛПО, проходивших курсы повышения квалификации в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК). В исследовании приняли участие 29 врачей, 39 руководителей сестринских служб (2 заместителя директора по сестринскому делу и 37 старших медицинских сестер) и 76 руководителей ЛПО. Проведен сравнительный анализ мнений различных групп респондентов.

Результаты и обсуждение: Для оценки уровня информированности работников практического здравоохранения о реформах в сестринском деле и фактической готовности их к внедрению новых инновационных технологий в сестринскую практику изучено мнение руководителей ЛПО разных регионов республики, врачей и организаторов сестринских служб НООБ и НОЦСМ. Всего в анкетировании приняли участие 147 человек (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение категории медицинских работников по стажу работы

Категории медицинских работников	стаж работы		
	до 5 лет	от 5 лет до 10 лет	более 10 лет
Врачи	0 (0%)	4(13,8%)	25(86,2%)
Руководители ЛПО	14(17,7%)	14(17,7%)	51(64,5%)
Организаторы СД	17(43,6%)	6(15,4%)	16(41,0%)
Итого	31(21,1%)	24(16,3%)	92(62,6%)

Как видно из таблицы №1, среди врачей и руководителей ЛПО преобладают медицинские работники со стажем более 10 лет (86,2% и 64,5% соответственно), а среди организаторов сестринского дела больше специалистов со стажем до 5 лет. Удельный вес главных и старших медицинских сестер со стажем 10 лет и более оказался 41,0%. Наши данные указывают на значительное преобладание лиц с достаточно большим стажем работы (62,6%) среди всех респондентов. Это является очень сложным моментом при проведении среди медицинских работников мероприятий направленных на внедрение инновационных мероприятий по сестринскому делу, т.к. у большинства из них особой заинтере-

сованности в проведении реформы в сестринском деле не отмечается.

При проведении анкетирования полученные ответы категории респондентов были различными. На рис.1 отдельно представлены результаты анкетирования медицинских работников по пяти вопросам.

1. Уровень информированности о сестринском процессе
2. Удовлетворенность работой медицинских сестер
3. Поддержка реформы (преобразований) в сестринском деле
4. Положительное отношение к самостоятельной деятельности медсестры
5. Признание отсутствия профессионального сестринского ухода

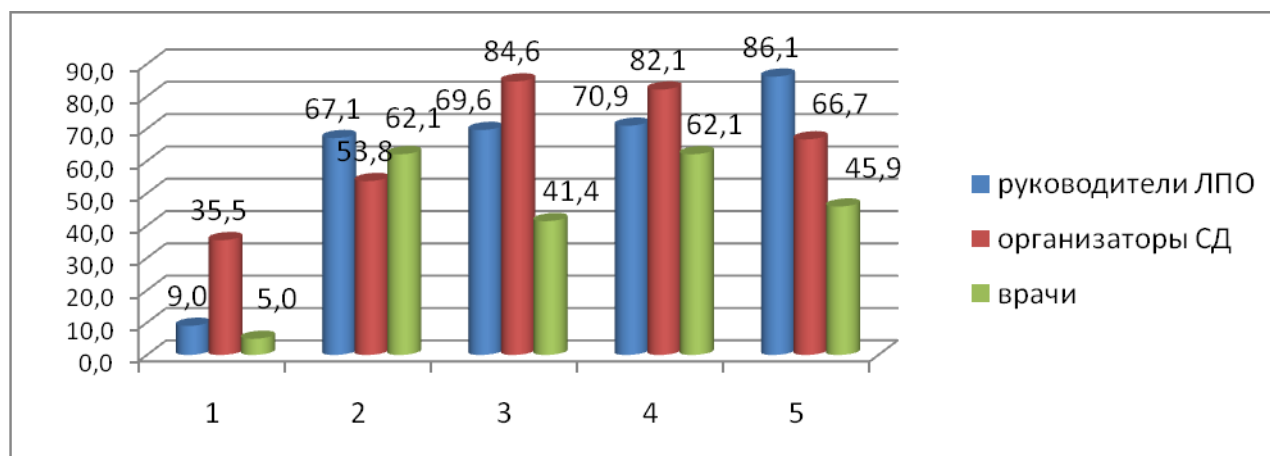


Рис. №1. Характеристика ответов респондентов (в %).

Нами установлено, что только 5% врачей имеют информированность о сестринском процессе (понятие, этапы, документации и др.) и 41,4% поддерживают реформы в сестринском деле. Руководители ЛПО более позитивно настроены на реформы в сестринском деле (69,6%), несмотря на то, что их информированность о сестринском процессе не высокая (9,0%). К сожалению у более 2/3 организаторов сестринского дела (главных и старших медицинских сестер) знания о сестринском процессе недостаточны или ошибочны. А количество лиц этой категории, поддерживающих реформы и готовых к переменам было значительно выше (84,6%). Следует отметить, что почти половина опрошенных главных и старших медсестер (53,8%) не удовлетворены работой медицинских сестер, и они считают, что медсестра сегодня выполняет вспомогательные функции и является «помощником врача», а не самостоятельным специалистом, который в пределах своей компетенции может принимать профессиональные решения. Самостоятельную деятельность медсестры поддерживают большинство (82,1%) организаторов СД, руководители ЛПО - 70,9% и врачи - 62,1% соответственно. Львиная часть организаторов сестринского дела (86,1%) придерживаются мнения об отсутствии профессионального сестринского ухода за пациентами и они указывают на то, что сегодня функции медсестры сводятся только к выполнению сестринских технических манипуляций (инъекции, раздача лекар-

ственных препаратов, сбор анализов). На отсутствие профессионального ухода также указали более 60,0% руководителей ЛПО и 45,9% врачей.

Особо следует отметить, что абсолютное большинство (94,0%) опрошенных указали на реально существующую потребность в проведении сестринского ухода в оказании комплексной помощи пациентам и влияние деятельности медсестры на эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных вмешательств. Многие руководители проявили готовность проведения научного исследования по изучению эффективности пилотной модели сестринской практики у себя в ЛПО.

Респонденты выразили единое мнение о необходимости создания системы мониторинга и оценки качества сестринской помощи с разработкой индикаторов (показателей), отражающих деятельность медицинских сестер. Нами были изучены мнения респондентов, касающиеся преобразования сестринской практики, и ими определены следующие приоритеты: отсутствие внедрения современных подходов в сестринском деле, слабое материально-техническое обеспечение сестринской практики, отсутствие нормативно-правовой базы по деятельности специалистов сестринского дела (ССД) с учетом международных рекомендаций и отсутствие дифференцированной оплаты их труда. Кроме того 55 (69,6%) руководителей ЛПО и 15 (38,5%) организаторов СД отметили одной из существующих проблем – это стереотип

отношений между врачами и сестринским персоналом.

Во время опроса респондентов получены интересные данные по вопросу о необходимости врачам знаний по сестринскому делу. Абсолютное большинство (93,2%) опрошенных руководителей и организаторов (главных и старших медсестер) ЛПО на данный вопрос ответили положительно, врачи - 62,1% соответственно.

Таким образом, руководители ЛПО, врачи и организаторы сестринского дела в нашей республике имеют низкий уровень информированности и приверженности к внедрению новых инновационных технологий в сестринскую практику.

В целях устойчивой системы взаимодействия организаций здравоохранения и медицинских образовательных организаций, информированности медицинских работников и повышения эффективности внедрения инновационных сестринских технологий был создан учебно-лечебный комплекс, в состав которого входят КГМИПиПК, Нарынский медицинский колледж (НМК), НООБ и НОЦСМ.

В рамках этого комплекса нами были реализованы регулярные образовательные программы (обучающие семинары) по вопросам сестринского дела для руководителей, врачей, главных и старших медсестер НООБ и НОЦСМ в течение 3-х лет. Проведение обучающих семинаров по сестринскому делу, несомненно, повлияло на их отношение к сфере деятельности медицинских сестер, и это будет способствовать реформированию сестринской практики. Наше исследование свидетельствует о том, что в результате создания комплекса и внедрения инновационных сестринских технологий уровень информированности и приверженности медицинских работников к изменениям сестринской практики значительно вырос.

Литература:

1. Бахтина И.С. Сестринское дело. Менеджмент и лидерство /И.С.Бахтина, А.Т.Бойко, Э.М.Овсяников, В.А.Саркисова. - СПб,2004.-194 с.

2. Глотова И.Г. Проблемы управления

сестринской службой и последипломное образование // Сестринское дело. – 2000.- №6.- С.21-25.

3. Каширцева И.В. Совершенствование многоуровневой профессиональной системы образования медицинских сестер: дисс. канд. мед. наук, 14.00.33.- Новосибирск, 2005. – 165с.

4. Концепция развития сестринского дела Кыргызской Республики на 2006-2010гг.

5. Люст С.В. Интеграция деятельности средних медицинских учебных заведений и ЛПУ Омской области / С.В. Люст, Т.В. Евсеева, И.В. Каширцева//Мед. помощь. - 1999. - №3. - С. 12-15.

6. Программа развития сестринского дела в Кыргызской Республике на 2012-2016гг.

7. Aston L, Molassiotis A. Supervising and supporting student nurses in clinical placements: the peer support initiative.. Nurs Ed Today 2003; 23(3); 202-10.

8. Owen H. (with Anne Stadler), Open Space Technology: elaborating for Change, edited by Peggy Holman and Tom Devane / H. Owen / Berrett-Koehler Communications, Inc. -1999. - 31p.

9. Owen H. Expanding Our Now, The Story of Open Space Technology / H. Owen/Berrett-Koehler Publishers, Inc. - San Francisco. - 1997— 147p.

10. Williamson GR, Callaghan L, Whittelea E, Heath V. Improving student support using placement development teams; staff and student perceptions. J Clin Nurs 2010 DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03287.x.

11. World Health Organization 1999 Health21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (European Health for All Series, No.6)

12. World Health Organization 2000a Nurses and midwives for health. A WHO European strategy for nurses and midwives education. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

13. World Health Organization 2000b Munich declaration: Nurses and midwives for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

ИНДИКАТОРЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**Майканаев Б.Б., Искаков М.Б., Абилов Б.А.****НХЦ, КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек**

Резюме: В статье представлен краткий обзор возможностей использования, в качестве показателей объективно оценивающих конечный результат предоставления медицинской помощи, индикаторов качества.

Как известно, с введением рыночных отношений в здравоохранении все более актуальными становятся вопросы оценки и непрерывного повышения КМП [1, 2, 3, 10]. Любая медицинская услуга может найти свой сегмент рынка только в том случае, если окажется выполненной на достаточно высоком уровне. Чтобы оценка качества была объективной, необходимы система обеспечения и оценки КМП, а также определенные критерии и индикаторы, позволяющие оценить объем и качество оказанной медицинской помощи каждому пациенту. К сожалению, не все системы обеспечения и оценки КМП получили достаточное развитие, достигли соответствующего уровня оснащенности и критической массы подготовленного персонала, чтобы проводить объективную оценку полагаясь только на конечные результаты лечения. Более того, активное и заинтересованное участие пациента является непременным условием достижения хороших результатов, поскольку именно оно является одним из условий достижения оптимальных результатов оказываемой помощи [7].

Во многих случаях на начальном этапе отслеживания и управления КМП, преобладает контроль качества. Контроль качества по своей сути является ретроспективным подходом и ставит во главу угла обнаружение главным образом недостатков в процессе обслуживания пациентов. Данный подход выступает в качестве метода «выбраковки», ведет к наложению штрафных санкций и не предотвращает повторение нарушений за исключением тех случаев, где налагаемые санкции предполагают проведение перемен. Помимо того, что данный метод не гарантирует проведение перемен в необходимом направлении с це-

лью достижения улучшения качества, дополнительно включаются такие факторы как страх перед наказанием и чрезмерное администрирование со стороны аппарата управления учреждения. Указанное положение в свою очередь мешает проведению настоящего контроля, задачей которого является обнаружение коренных причин с принятием последующих мер для исправления и улучшения ситуации. Улучшение качества, наоборот, стимулирует поиск наиболее успешных примеров медицинской практики, способствует продвижению посредственной деятельности к уровню лучших врачей, сужает разброс в показателях деятельности в целом. Наложение штрафных санкций, как и выявление отдельных врачей, допустивших те или иные нарушения, является только частью обеспечения качества. Поскольку основными причинами является сама существующая система и процесс, наиболее способными провести анализ и принять меры являются работники, непосредственно вовлеченные в эти системы.

В странах СНГ предварительно предпринимались попытки для внедрения системы непосредственного измерения КМП [8, 9]. Так, в 70 - х годах прошлого столетия в Российской Федерации были введены медико-экономические стандарты, пересмотренные в 1990 году. Указанные стандарты сформировали основу ретроспективного анализа первичной медицинской документации, проводимого при осуществлении внешней и внутренней экспертизы. В странах Центрально-азиатского региона законодательные акты и нормативно-правовая документация, а также медико-экономические стандарты в значительной степени определяли мониторинг КМП. Ос-

нованные на прежних советских стандартах стационарной помощи, они тесно увязаны с системой финансирования и методом санкций в тех случаях, где результаты анализа и контроля качества свидетельствуют об отклонениях от нормы. Будучи ретроспективным и карательным по своей сути, этот метод применяется для оценки КМП в России, на Украине и в Кыргызстане. Система штрафных санкций и приверженность указанному методу прослеживается и в действующем Положении об управлении качеством медицинской помощи Республики Казахстан [6].

Большое значение при создании систем оценки качества приобретает правильный выбор критериев и показателей, который может зависеть от оцениваемого объекта и быть специфичным для различных этапов оказания медицинской помощи и отдельных ее видов. В то же время они должны относиться к оцениваемому процессу и отражать его конкретные результаты.

Так, например, оценка КМП через показатели состояния здоровья населения является некорректной, поскольку качество, характеризующее параметры конкретного объекта, может выражаться только с помощью показателей, относящихся только к данному объекту. Поэтому оценивать КМП следует с помощью показателей, относящихся к объекту «медицинская помощь», а не к другому объекту – «состояние здоровья», хотя между указанными объектами, безусловно, существует определенная зависимость. С другой стороны, показатели состояния здоровья являются весьма инертными и во многих случаях недостаточно чувствительными, отражая воздействие целого ряда других факторов. Тем более, если рассматривать показатели состояния здоровья в качестве конечных результатов, то следует говорить уже не о качестве, а об эффективности системы охраны здоровья, в том числе и медицинской помощи.

Большинство авторов рассматривают в качестве показателей объективно оценивающих конечный результат именно индикаторы качества. Наиболее признанным определением понятия «индикатор каче-

ства» (ИК) является следующее: ИК – это ретроспективно измеряемый элемент оценки медицинской помощи, относительно которого имеются надежные доказательства, что его изменение связано с качеством помощи. ИК в данном случае выступают как способ измерения качества. Главная задача – сделать данный способ измерения качества дееспособным, простым в практическом применении.

В настоящее время измерители КМП делятся на три категории:

1. измерители, позволяющие оценить структуру системы обеспечения медицинской помощи (здания и сооружения, медицинские материалы и оборудование);
2. измерители процесса оказания медицинской помощи;
3. измерители клинического исхода или результата лечения больного.

Качество технического обеспечения определяется оценкой уровня знаний и умений врача, точности и надежности диагностического оборудования, достоверности результатов параклинического исследования и многого другого.

Однако некоторые из указанных измерителей качества технического обеспечения автоматически не гарантируют качества медицинской помощи, предоставляемой пациенту. Поэтому, результатам лечения часто отдают предпочтение как индикатору КМП. При разработке программ по обеспечению КМП чрезвычайно важно определить, что обычно выбирается для измерения и какие механизмы и инструменты оценки качества необходимо для этого использовать.

От правильного выбора критериев и индикаторов в конечном итоге зависит и степень достижения цели. Каждый ИК должен быть, прежде всего, объективным, сопоставимым, универсальным, специфичным, уместным и простым в применении. Требования, предъявляемые к индикаторам, значительно варьируют и могут быть даже противоречивыми [4, 5]. Некоторые авторы считают, что для того, чтобы индикаторы были объективными и сопоставимыми, они должны быть универсальными, т.е. независимыми от типа медицинского учреждения,

состава больных или каких-либо других факторов.

Другая точка зрения заключается в том, что для более объективной оценки КМП больным с различными нозологическими формами заболеваний, в конкретных условиях функционирования учреждений и функциональных подразделений разного профиля, необходимо учитывать определенную специфику, которая должна быть отражена в выбранных ИК. Несомненно, что решение данной проблемы напрямую связано с использованием универсальных критериев и индикаторов с адаптацией их к местной ситуации, что является ключевым моментом, способствующим объективизации и сопоставимости как универсальных, так и специфических ИК. Важным требованием индикаторов является их уместность, т.е. привязанность к целям и задачам медицинской помощи и пригодности к анализу. Простота применения, оптимальное число выбранных критериев, возможность использования при проверке, универсальность и специфичность – все вышеуказанное является основными требованиями, которые должны соблюдаться при выборе ИК. При проведении оценки процесса оказания медицинской помощи основным критерием, прежде всего, должна выступать адекватность выбора той или иной технологии и ее соблюдение.

В качестве индикаторов отражающих достигнутые результаты могут рассматриваться динамика состояния пациентов в ходе лечебно-диагностического процесса, перевод лиц, состоящих на диспансерном учете из одной группы наблюдения в другую, своевременное получение квалифицированного заключения консультанта и т.д.

Клинические случаи, требующие особого внимания, такие как, например,

случаи летального исхода в стационаре, внутрибольничные инфекции, повторные хирургические операции, послеоперационные осложнения, госпитализация в отделение реанимации, расхождения клинического и направляющего диагнозов составляют другую, немаловажную часть индикаторов процесса [11, 12]. Одним из ключевых аспектов на современном этапе

становится также оценка взаимосвязи между достигнутыми результатами и возможными затратами, поскольку повышение качества медицинской помощи нередко требует дополнительных затрат, а с другой стороны, большое внимание должно уделяться внедрению новых ресурсосберегающих технологий. Таким образом, основным элементом оценочной системы должно являться КМП, представляющая собой характеристику данного объекта, отражающую степень достижения конкретных результатов при определенных временных, трудовых и материальных затратах.

В завершении статьи необходимо отметить, что для оптимизации деятельности медицинских учреждений, в том числе, стационарного типа, необходимы поиск и разработка новых подходов к проблеме управления качеством, которые будут способствовать созданию управляемой модели эффективного и качественного их функционирования, а в целях подготовки и проведения мероприятий, направленных на непрерывное повышение качества предоставляемых медицинских услуг, необходимо провести всесторонний анализ, на основе системного подхода, деятельности медицинских учреждений на базе универсальной и рациональной системы показателей, объективно отражающих качество медицинской помощи.

Список литературы:

1. Алексеев Н.А. Научное обоснование оптимизации организационных технологий в деятельности городского многопрофильного лечебно-профилактического учреждения [Текст]: автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.33 / Н.А. Алексеев. - М., 2002. – 45 с.
2. Андреева О.В. Контроль качества медицинской помощи - основа защиты прав пациентов [Текст] / О.В. Андреева, Н.Д. Тэгай // Здоровоохранение. - 2003. - №1. - С. 29 - 39.
3. Бокчубаев Э.Т. Развитие системы управления качеством терапевтической помощи сельскому населению в современных социально-экономических условиях сельских районов Кыргызской Республики [Текст]: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук:

14.00.33 / Э.Т. Бокчубаев. - Алматы, 2004. - 51 с.

4. Комаров Н.В. Оценка качества работы хирурга стационара [Текст] / Н.В.Комаров, В.А.Терентьев // Нижегородский медицинский журнал. - 2000. - №2. - С. 117 - 119.

5. Кудрин В.С. Комплексная оценка деятельности клинических структурно-функциональных подразделений медицинских учреждений [Текст] / В.С. Кудрин, С.Ф. Каиков, С.Н. Бережнова // Здоровоохранение. - 2000. - №1. - С. 25 - 31.

6. Молдалиев И.С. Научные основы совершенствования организации общей хирургической практики [Текст]: автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.33 / И.С. Молдалиев. - Алматы, 2007. - 51 с.

7. Назаренко Г.И. Качество медицинской помощи: Управление. Измерение. Безопасность. Информация [Текст] / Г.И. Назаренко, Е.И. Полубенцева. - М.: Медицина, 2004. - 432 с.

8. Накатис Я.А. Управление каче-

ством выполнения диагностической и лечебной помощи в многопрофильном медицинском учреждении [Текст] / Я.А. Накатис, Г.Н. Романюк // Экономика здравоохранения. - 2001. - №6. - с. 33 - 37.

9. Орлова Г.Г. Сравнительный анализ существующих в России моделей управления сельским здравоохранением [Текст] / Г.Г.Орлова, В.А.Рогожников // Здоровоохранение. - 2001. - №10. - С. 16 - 19.

10. Avis M. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation [Текст] / M. Avis, M. Bond, A. Arthur // Social Science and Medicine. - 1997. - V. 44, N 1. - P. 85-92.

11. Hughes-Anderson W. Analysis of the outcomes of a visiting surgical service to small rural communities [Текст] / W. Hughes-Anderson // ANZ. J. Surg. - 2003. - Vol. 73, №10. - P. 833 - 835.

12. Kelley E. Quality design: Creating high quality, client-focused care [Текст] / E.Kelley, L.Marquez // Q. A. Brief. - 1997. - V. 6, N1. - P. 4-12.

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Майканаев Б.Б., Искаков М.Б., Абилов Б.А.

НХЦ, КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

Практика показывает, что наиболее уязвимым с точки зрения возможного обвинения врача в превышении объема медицинского вмешательства является положение об обязательном получении у пациента добровольного согласия на вмешательство. В главе 9 (статья 74) Закона «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» указано, что «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное согласие гражданина. ...При хирургическом вмешательстве, переливании крови и применении сложных инвазивных методов диагностики необходимо письменное согласие гражданина».

Информированность согласия подразумевает, что врач сообщает обо всех осо-

бенностях предполагаемых манипуляций, их осложнениях и последствиях. Особо необходимо отметить то обстоятельство, что условием информированности и добровольности согласия является его предварительность, т.е. пациент должен иметь время на размышление относительно предложенного варианта лечения. Это дает возможность пациенту отказаться от такого вмешательства.

Поскольку в ургентной абдоминальной хирургии чаще всего не достаточно этого времени, мы полагаем, что именно здесь будут играть огромную роль личные качества хирурга в беседе с пациентом. От того, насколько убедительными будут его разъяснения, порой при отсутствии времени на раздумье, будет зависеть и положи-

тельное решение больного на предстоящую операцию.

Результаты наших исследований показали, что почти каждый восьмой хирург (13,0%) неубедительно разъясняет больному необходимость оперативного вмешательства, в результате чего пациенты первоначально отказываются от операции. Информированное добровольное согласие на операцию в письменной форме отсутствовало в 62 медицинских картах (12,6%). Мы полагаем, что информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство следует оформлять в медицинской карте стационарного больного как приложение к ней, в виде оформленного бланка, который после соответствующего заполнения прилагается к медицинской карте. Оно должно подписываться самим пациентом либо его законным представителем и лечащим (дежурным) врачом.

Если пациент госпитализируется в бессознательном состоянии и без его законных представителей, показания к экстренной операции должны оформляться консилиумом в составе лечащего (дежурного) врача, заведующего отделением и заместителя главного врача по хирургической части. Согласно вышеуказанной статье Закона при хирургическом вмешательстве, переливании крови и применении сложных инвазивных методов диагностики необходимо письменное согласие гражданина. Согласие может быть отозвано за исключением случаев, когда врачи уже приступили к медицинскому вмешательству и его прекращение или возврат невозможны в связи с угрозой для жизни и здоровья данного лица.

Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской карте и подписывается пациентом либо его законным представителем, а также лечащим (дежурным) врачом.

В ургентной абдоминальной хирургии часто нет достаточного времени для размышления пациента относительно предложенного оперативного вмешательства. В таких узких временных рамках одному хирургу убеждать пациента в необходимости

операции порой бывает не под силу. Поэтому мы считаем, что в решении этого вопроса большую профессиональную помощь, с позиции этики и деонтологии, могли бы оказать штатные психологи.

По данным наших исследований, в 48 случаях (9,8%) отказ пациентов от оперативного вмешательства был оформлен в медицинской карте без подписи самих пациентов. Данная ситуация вызывает большое беспокойство, поскольку при возникновении конфликтных ситуаций хирург не защищен законом и решение суда может быть в пользу пациента.

Следует отметить, что в изученных нами медицинских картах стационарных больных отказ от операции ни в одном случае не был оформлен надлежащим образом, как это требует законодательство республики. Для повышения уровня правовой информированности пациентов был разработан документ, являющийся своеобразной «памяткой», в который мы включили описание прав и законных интересов граждан при оказании медицинской помощи, а также приведены некоторые (наиболее важные для пациентов в информационном отношении) статьи Закона «Об охране здоровья граждан в КР». Данная «памятка» передавалась пациентам для ознакомления и изучения, кроме этого проводились беседы с пациентами по вопросам правового регулирования медицинской помощи, после чего выполнялось повторное анкетирование пациентов для мониторинга выживаемости знаний по их правовой информированности. При этом полученные результаты свидетельствуют о том, что использование такого вида информирования пациента является весьма эффективным, поскольку уровень их правовой грамотности стал существенно выше.

Результаты исследования МКСБ показали, что информационно-деонтологические дефекты встречаются достаточно часто. Объективных причин возникновения указанных дефектов при оказании медицинской помощи нами выявлено не было. Среди субъективных причин информационно-деонтологических дефектов мы считаем важным отметить недоста-

точную правовую подготовку хирургов, недостатки в организации диагностических и лечебных мероприятий.

Безусловно, устранение этих дефектов положительно скажется на качестве оказания медицинской помощи. Оно будет способствовать снижению негативной оценки качества медицинской помощи со стороны пациентов или их родственников, исключит претензии с их стороны, а при возникновении конфликтных ситуаций защитит врача от необоснованных претензий со стороны пациентов.

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что имеется явная необходимость тщательного анализа причин и видов дефектов оказания медицинской помощи по результатам исследований медицинской документации, разработка алгоритма анализа оказанной медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической патологией.

ческой патологией.

С учетом данных литературы и результатов собственных исследования, нами был разработан алгоритм оценки качества медицинской помощи больным с острой абдоминальной хирургической патологией в зависимости от исхода оказания медицинской помощи.

В таблице 1 представлен алгоритм оценки качества медицинской помощи составленный с определением основных этапов анализа и критериев оценки при экспертизе КМП больным хирургического профиля в случае благоприятного исхода оказания медицинской помощи.

В таблице 2 представлен алгоритм экспертной оценки качества медицинской помощи больным хирургического профиля при неблагоприятном исходе оказания медицинской помощи.

Таблица 1 – Алгоритм оценки КМП при благоприятном исходе оказания медицинской помощи

№	Основные этапы анализа	Критерии оценки
1.	Информационно-аналитический этап (анализ данных первичных медицинских документов)	1. Оценка правильности ведения и оформления медицинской документации: <ul style="list-style-type: none"> • качество ведения хорошее • удовлетворительное • неудовлетворительное 2. Анализ КМП на основании изучения медицинской документации.
2.	Оценка качества выполненных лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с требованиями клинических протоколов	1. правильность, 2. адекватность, 3. своевременность, 4. обоснованность, 5. достаточность
3.	Выявление дефектов оказания медицинской помощи по её этапам (научно-обоснованная оценка полноты использования функциональных, диагностических и лабораторных методов исследования, соблюдение клинических протоколов обследования и лечения)	1. Дефекты организации медицинской помощи 2. Дефекты лечебно-диагностического процесса: <ul style="list-style-type: none"> • соответствие в полном объеме; • соответствие не в полном объеме; • полное несоответствие (по объективным и необъективным причинам)
4.	Оценка влияния объективных и субъективных факторов на процесс и результат оказания медицинской помощи	1. наличие связи между факторами и исходом оказания медицинской помощи, 2. отсутствие связи между факторами и исходом оказания медицинской помощи.

Таблица 2 - Алгоритм экспертной оценки КМП при неблагоприятном исходе

№ пп	Выявление первичного дефекта	
1.	Установление вторичных дефектов и неблагоприятных исходов (осложнений)	
2.	Установление причин возникновения первичных и вторичных дефектов	
3.	Установление причин развития неблагоприятных исходов (осложнений) процесса оказания медицинской помощи	
4.	Определение роли дефекта в наступлении неблагоприятного исхода	
5.	Установление связей между действиями медицинского работника и возникновением дефектов медицинской помощи и неблагоприятных исходов	
6.	Квалификация действий медицинского работника	<ol style="list-style-type: none"> надлежащее оказание медицинской помощи ненадлежащее оказание медицинской помощи
7.	Надлежащее оказание медицинской помощи	<ol style="list-style-type: none"> обоснованность действий врача на всех этапах лечебно-диагностического процесса исход обусловлен тяжестью состояния исход обусловлен дефектом оказания медицинской помощи неблагоприятный исход – результат несчастного случая
8.	Ненадлежащее оказание медицинской помощи	<ol style="list-style-type: none"> действия врача не имеют причинной связи с расстройством здоровья пациента, действия врача напрямую связаны с расстройством здоровья пациента

В заключение данной статьи необходимо отметить, что выработанные на основе проведенного исследования, включающего в себя комплексный анализ ведения МКСБ и обеспечения лечебно-диагностического процесса на уровне ОЗ вторичного уровня для больных хирургического профиля, критерии оценки качества оказания медицинской помощи могут зна-

чительно облегчить и повысить эффективность работы клинико-экспертных комиссий, как самих медицинских учреждений, так и при проведении независимой экспертизы, результаты деятельности которых направлены, прежде всего, на повышение качества оказания хирургической помощи населению республики.

**К ВОПРОСУ О ТОМ, МОЖЕТ ЛИ СТИЛЬ ПИТАНИЯ БЫТЬ РЕШАЮЩИМ
ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ
(статистическая верификация)**

Ниязова С.Б.

КГМИПП и НХЦ

Исследованиями Ж.И.Ашимовой (2011), посвященных сравнительному анализу об особенностях питания коренных жителей севера и юга нашего Кыргызстана установлено, что имеет место довольно заметные различие в стиле их питания. Разумеется, как на юге, так и на севере страны кухня основана на учете климата, географических условий, национальных особенностей и обычаев народа.

В нашу задачу входило проанализировать рацион и характер питания у коренных жителей северного и южного регионов КР. При этом объектом аналитических исследований служила популяционная система - совокупность коренного населения (кыргызы) северного (Нарынская, Иссык-кульская, Таласская, Чуйская области) и

Таблица 1 - Характер питания больных с холелитиазом жителей северного и южного регионов КР

южного (Ошская, Джалал-Абадская, Баткенская области) регионов, то есть множество людей, проживающих на относительно изолированной территории, имеющих общие медико-социальные, культурно-экономические, экологические, адаптационные, генетические и другие признаки.

Клинический материал анализировался по совокупным группам, выделенным нами путем типологического отбора, проведенного на основании подтвержденного диагноза холелитиаза: 1-ю группу составили 100 (50%) больных холелитиазом, являющейся коренными жителями северного региона КР; 2-ю группу составили 100 (50%) больных холелитиазом, являющейся коренными жителями южного региона КР.

Рацион	Регион	Удельный вес (%)
Жирная пища	Север	72,8
	Юг	58,4
Жаренная пища	Север	55,2
	Юг	65,6
Острые блюда	Север	72,4
	Юг	78,5
Нерегулярное питание днем	Север	23,6
	Юг	55,2
Поздний, плотный ужин	Север	84,6
	Юг	66,2
Ограниченный прием жидкостей	Север	23,5
	Юг	7,2
Курение, алкоголь	Север	52,7
	Юг	25,2

Как видно из табл. 1. удельный вес жирной пищи у северян значительно превышает таковую у южан (72,8% против 58,4%), тогда как удельный вес жаренной пищи преобладает у южан (65,6% против 55,2% у северян). Это касается также прие-

ма острой пищи.

Следует заметить, что удельный вес плотного и позднего ужина у жителей северного региона составляет 84,6%, тогда как у жителей южного региона он составляет 66,2%. У жителей юга более значите-

лен фактор нерегулярного питания, составляя 55,2%, тогда как у жителей севера этот фактор выявляется лишь у 23,6%.

Существенным является факт ограничения питья жидкостей у жителей северного региона (23,5%), тогда как этот фактор у жителей юга выявляется лишь в 7,2% случаев. Удельный вес приема алкоголя и курения табака среди жителей севера в 2 раза превышает таковую у жителей юга (52,7% против 25,2%).

Общеизвестно, что употребление в больших количествах жирной или жареной пищи может вызвать спазм сфинктеров, через которые выходит желчь, и гиперкинетические явления в желчных путях. Даже однократный прием большого количества жирной, острой и соленой пищи способствует развитию воспалительных изменений в ЖКТ, в том числе и в желчных путях.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является многофакторным заболеванием, о чем писали и пишут множество авторов самых разных времен и поколений [1-3,6,7]. По их мнению, развитие ЖКБ во многом обусловлено состоянием химизма желчи. Между тем химизм желчи напрямую зависит от стиля питания, когда происходят характерные изменения количества основных ингредиентов жёлчи, а также ее качество [4,5].

В результате анализа мы пришли к выводу о том, что имеются существенные различия в стиле питания у жителей северного и южного регионов. Удельный вес жирной пищи у северян значительно превышает таковую у южан, тогда как удельный вес жареной и острой пищи преобладает у южан.

Удельный вес плотного и позднего ужина у жителей северного региона боль-

ше, чем таковое у жителей южного региона. У жителей юга более значителен фактор нерегулярного питания, нежели у жителей севера.

У жителей северного региона имеет место существенное ограничение питья жидкостей, в сравнении с жителями юга. Удельный вес приема алкоголя и курения табака среди жителей севера в 2 раза превышает таковую у жителей юга.

Литература:

1. Биохимические исследования желчи у пациентов с билиарным сладжем в качестве прогностического критерия развития холецистолитиаза / Ильченко А.А., Сильвесрова С.Ю., Вихрова Т.В. // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2000. - №4. - С.46-53.

2. Бухов Р.В. Стимуляция холереза и холекинеза, как компонент лечения желчнокаменной болезни / Автореф. дис. ... докт.мед.наук. – Москва, 2006. – 45 с.

3. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии – гепатологии. – 2005. - №1. – С.16-25.

4. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 2000. – 178 с.

5. Дедерер Ю.М., Крылов Н.П., Устинов Г.П. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 1983. – 217 с.

6. Желчнокаменная болезнь. Современное состояние проблемы / Мараховский Ю.Х. и соавт. // Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2003.- №1. - С.1-5.

7. Нурмаков А.Ж., Поташов А.Л. Желчнокаменная болезнь. – Алматы: МГП «Берен». – 1993. – 145 с.

К ВОПРОСУ О ТОМ, КАК СКОРО ФОРМИРУЕТСЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (статистическая верификация)

Ниязова С.Б.

КГМИПП и НХЦ

Полагая, что вопрос о том, как скоро формируется хирургическая стадия ЖКБ, мы вознамерились провести анализ сроков формирования хирургической стадии желчнокаменной болезни (ЖКБ) у жителей северного и южного регионов КР в сравнительном аспекте. Нужно отметить, что данное исследование в той или иной мере дополняет изыскания Ж.И.Ашимовой.

Клинико-статистический анализ проведен по общепринятой методике. Разработана карта изучения заболеваемости из расчета на 100000 населения, сопоставлялась с данными, поступающими в Медико-информационный центр Минздрава Кыргызской Республики (М-ИЦ МЗ КР). При этом, как уже указывалось выше, нами использована генеральная совокупность по всем указанным патологиям [1-4].

Нами применялись линейный регрессионный анализ, логистический регресси-

онный анализ, непараметрический дисперсионный анализ по Краскелу-Уоллису, по Фридману, отношение шансов, критерий Вальда-Вольфовица, критерий знаков [3].

Как видно из таблицы 1. несмотря на колебания данного показателя удельный вес холецистита, по поводу чего больные были прооперированы, среди всех больных с ЖКБ за годы исследования (2003-2005) были относительно стабильными, составляя, в среднем 35,2% по КР. Однако, имеются различия по регионам. В частности, по северному региону удельный вес холецистита составил, в среднем 40,7%, тогда как по югу страны – 29,6%.

Таким образом, удельный вес холецистита, по поводу которого производилась операция по северному региону выше, нежели по южному региону, что следует учитывать при выработке региональной стратегии медицинского обслуживания.

Таблица 1 - Заболеваемость ЖКБ среди населения северного и южного регионов КР

Годы	Регион	Холелитиаз	Холецистит	Удельный вес холецистита (%)
2003	Север	11395	4831	42,4
	Юг	8113	2531	31,2
2004	Север	10255	4061	39,6
	Юг	8181	2323	28,4
2005	Север	10826	4352	40,2
	Юг	9677	2835	29,3

Таблица 2 - Распространенность ЖКБ (на 100 тыс.) среди населения северного и южного регионов КР

Годы	Регион	Распространенность	Динамика прироста (%)	P
2003	Север	1078,2	+5,2	<0,05
	Юг	584,1	+4,6	<0,05
2004	Север	959,4	+5,8	>0,05
	Юг	586,3	+5,2	<0,05
2005	Север	944,6	+6,2	<0,05
	Юг	655,4	+9,2	<0,05

Как видно и таблицы 2. хотя распространенность ЖКБ среди жителей севера

страны почти в 2 раза выше, чем среди жителей юга, динамика прироста больных яв-

ляется относительно стабильной, составляя в среднем +5,7, тогда как на юге отмечается тенденция к опережающему и достоверному увеличению прироста ЖКБ год от года.

Если говорить о длительности заболевания ЖКБ (период клинического проявле-

ния до формирования хирургической стадии и собственно операции по поводу ЖКБ), то следует заметить, что в среднем по КР этот срок составляет $16,2 \pm 3,4$ лет.

Таблица 3 - Давность заболевания ЖКБ у больных жителей северного и южного регионов КР

Давность (года)	Всего		Юг		Север	
	абс	%	абс	%	абс	%
<5	12	6	2	1	10	5
5-10	42	21	15	7,5	27	13,5
11-15	82	41	33	31,5	49	24,5
16-20	43	21,5	28	24	15	7,5
>20	21	10,5	22	11	1	0,5
Всего	200	100	100	50	100	50

Как видно из таблицы 3. лишь у 17 (8,5%) больных жителей юга давность развития ЖКБ составил <10 лет, тогда как у жителей северного региона такой срок давности заболевания отмечается у 37 (18,5%) больных, то есть более чем в 2 раза больше. Такая же закономерность длительности заболевания ЖКБ сохраняется и в сроки от 11 до 15 лет, тогда как в сроки >15 лет удельный вес больных с ЖКБ составляет 50% среди жителей южного региона и всего 7% среди жителей северного региона.

Таким образом, у жителей северных областей хирургическая стадия ЖКБ формируется значительно раньше, чем у жителей юга. Тому подтверждение тот факт, что у 55,5% больных жителей юга давность ЖКБ составляет от 11 до 20 лет.

На наш взгляд, хотя распространенность ЖКБ среди жителей севера страны почти в 2 раза выше, чем среди жителей юга, динамика прироста больных является относительно стабильной, тогда как на юге отмечается тенденция к опережающему и

достоверному увеличению прироста ЖКБ год от года. У жителей северных областей хирургическая стадия ЖКБ формируется значительно раньше, чем у жителей юга.

Литература:

1. Бокчубаев Э.Т. Современные аспекты диспансеризации сельского населения в Кыргызской Республике // Поиск. - 2004. - №1. - 40-44.
2. Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. - М.: Медицина, 1987. - 288 с.
3. Джессен Р. Методы статистических обследований. М., Финансы и статистика. 1985. 478 с.
4. Значение различных методов оценки распространенности желчнокаменной болезни в популяции. Патологоанатомическая и прижизненная ультразвуковая диагностика / Решетников О.В., Рябикова А.Н. // Тер. арх. - 2004. - №1. - С.41-43.

АНАЛИЗ ПОСЕЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С ВПС КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ НИИХСиТО ПО г.Бишкек**Шахнабиева С.М., Абдраманов К.А., Чубаков Т.Ч.****Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов
Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации**

Собственные наблюдения и данные литературы убеждают нас в том, что врожденные пороки сердца являются частой патологией среди сердечно-сосудистых заболеваний [1].

Актуальной проблемой современности является изучение отдаленных результатов оперативного лечения ВПС у детей, эффективность проводимого наблюдения за пациентами с ВПС до и после хирургической коррекции [2,3]. Достаточное количество научных работ кардиохирургических клиник посвящено общеклиническим исследованиям, которые позволяют лишь оценить качество хирургического лечения и его эффективность в зависимости от исходного состояния, особенностей патологии, адекватности операции [4].

Кроме того, до сих пор нет единых критериев оценки отдаленных результатов хирургической коррекции ВПС у детей, которыми могли бы пользоваться педиатры и кардиологи в регионах, расположенных далеко от кардиохирургических клиник.

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов (НИИХСиТО) осуществляет лечебную, научную, педагогическую и организационную деятельность как головное учреждение страны по проблеме «Сердечно-сосудистая хирургия». В лечебную деятельность центра входят: диагностика, консервативное и хирургическое лечение больных врожденными пороками сердца, приобретенными пороками сердца, ишемической болезнью сердца, аритмиями сердца, сосудистыми заболеваниями, а также осуществляем диспансерное наблюдение.

До настоящего времени не проводилось исследование по анализу посещаемости больных с врожденными пороками

сердца консультативно-диагностического отделения НИИХСиТО.

Цель исследования. Оценить эффективность амбулаторного наблюдения больных с врожденными пороками сердца консультативно-диагностическим отделением НИИХСиТО по городу Бишкек.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели нами был проведен анализ карт амбулаторного наблюдения среди больных с врожденными пороками сердца консультативно - диагностического отделения НИИХС и ТО по городу Бишкек. Всего проанализировано 2112 карт амбулаторного наблюдения больных с врожденными пороками сердца.

Результаты и их обсуждение. До сентября 2012 года по городу Бишкек всего зарегистрировано 2112 больных с ВПС, из которых не оперированных - 1716 (81,3%), состояние после хирургической коррекции пороков – 328(17,2%), естественное закрытие порока зарегистрировано у 33(1,6%).

Карты амбулаторного наблюдения были открыты с 1981 года по сегодняшний день. За 31 год количество пациентов с врожденными пороками сердца с каждым годом становится все больше (рис. 1).

Среди всего числа больных 1155 (54,7 %) пациентов открыли карту, прошли обследование и больше не приходили. Из них показана операция на момент наблюдения – 27(1,6%) пациентам, не показана – 1689 (98,4%). Возможно, что операция показана на данный момент большему числу пациентов, что невозможно подтвердить из-за плохой посещаемости.

По структуре ВПС доминировали септальные ВПС: ДМЖП (20,9%), ДМПП вторичный (20,7%), ДМПП по типу ООС (23,3%) (табл. 1).



Рис.1. Динамика наблюдения пациентов с ВПС по г.Бишкек.

Таблица 1- Структура ВПС по г. Бишкек.

Тип порока	n	%
ДМЖП	362	20,9
ДМПП вторичный	359	20,7
ДМПП по типу ОО	403	23,3
Открытый артериальный проток	83	4,8
Стеноз устья легочной артерии	73	4,2
ДМПП+ДМЖП	61	3,5
ДМЖП+ОО	56	3,2
ДАК	41	2,4
Тетрада Фалло	27	1,6
ДМПП+СЛА	23	1,3
Сложные ВПС	8	0,5
ДМЖП+СЛА	20	1,2
Атриовентрикулярная коммуникация	18	1,2
ДМПП+АМПП	16	0,9
ДМЖП+ОАП	15	0,9
ДМПП+ОАП	14	0,8
ОАП+ОО	12	0,7
Общий артериальный ствол	9	0,5
Транспозиция магистральных сосудов	7	0,4
Коарктация аорты	6	0,3
Аномалия Эбштейна	5	0,3
Двойное отхождение сосудов от правого желудочка	5	0,3
ДМПП+ЧАД ЛВ	3	0,2
Аномальный дренаж легочных вен	3	0,2
Другие сочетанные ВПС	87	5,0

В течении 1 года наблюдение прошли 224 (10,6 %) пациента с врожденным пороком сердца. Из них дважды проходили обследование 36,6%, трижды 32,1% (рис. 2).

За 2012 год в течении 6 месяцев КДО посетило 211 (94%) пациентов, 1 раз в год – 13 (6%) человек. Госпитализировались в отделение ВПС НИИХСиТО 1 раз – 61 (27,2 %) пациент, 2 раза – 2 (0,9%) пациента, 3 раза – 1 (0,5%), 4 раза – 1(0,5%). Из всего числа больных прооперировано 56

(25%) пациентов, не показана операция – 149 (67%) пациентам, показана операция – 19 (9%) пациентам.

В течении нескольких лет наблюдались 733 (34,7%) пациента. За это время хирургическую коррекцию порока провели 216 (30%) пациентам. Не показана операция 453 (62%) пациентам, показана операция – 63 (9%). Количество осмотров в течении нескольких лет было дважды у 176 (24%) пациентов, трижды у 152 (20,7%) пациентов, 4 раза - у 120 (16,4%) (рис. 3).

По комплаенсу больных к диспансеризации больные были разделены на 2 группы: группа А (n=733) с высоким комплаенсом к диспансеризации (ВКД) (они регулярно наблюдались и выполняли все предписания врача) и группа Б (n=1379) с низким комплаенсом диспансеризации

(НКД) (они наблюдались нерегулярно и не выполняли все предписания врача).

Из 733 пациентов 1 раз в 6 месяцев посетили 132 (18%) пациента, 1 раз в год – 421 (57,4%) пациент, 1 раз в 2 года посещали – 57 (7,8%) пациентов, реже 1раза в 2 года – 123 (16,8%).

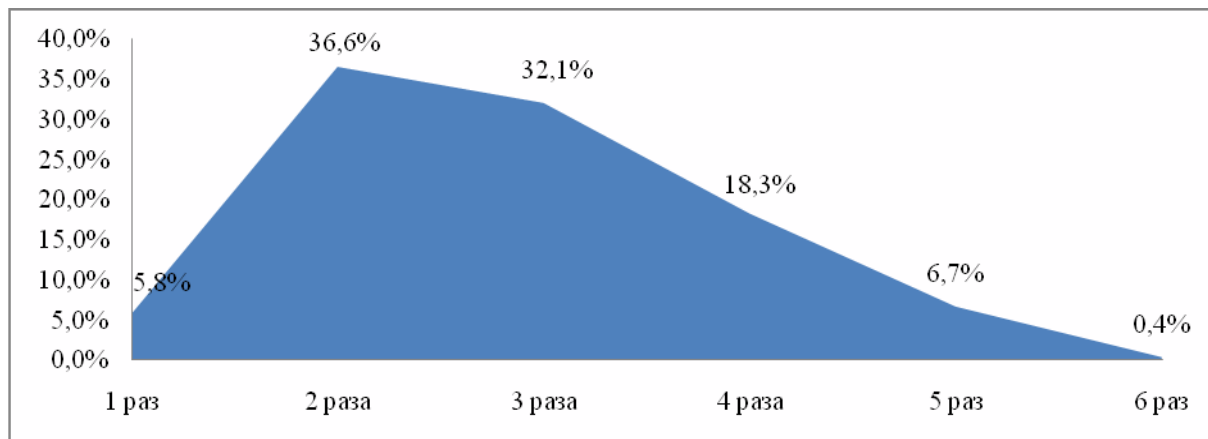


Рис. 2. Количество раз наблюдения пациентов за 1 год.

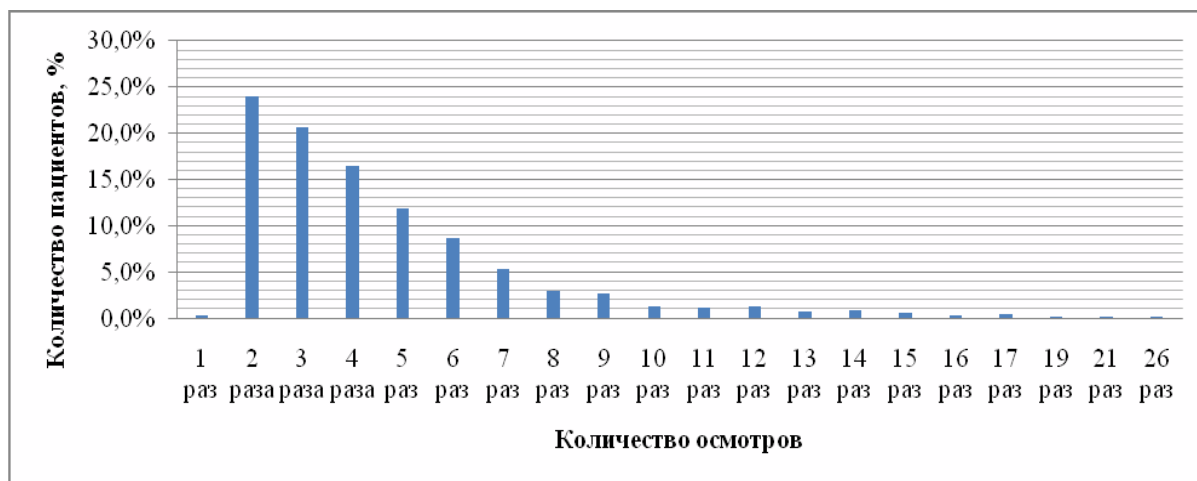


Рис. 3. Кратность осмотров больных с ВПС в течении нескольких лет.

Из 733 пациентов 259 пациентов находились на стационарном лечении в отделении ВПС НИИХСиТО. 1 раз проходи-

ли лечение в отделении ВПС 206 (28,1%) пациентов, 2 раза – 31 (4,2%) пациент, 3 раза – 10 (1,4%) пациентов (табл.2).

Таблица 2. - Госпитализация пациентов с ВПС.

	Специализированное кардиологическое наблюдение	
	в абсолютных цифрах	в % к общему числу
1 раз	206	28,1
2 раза	31	4,2
3 раза	10	1,4
4 раза	1	0,1
5 раз	9	1,2
9 раз	1	0,1
10 раз	1	0,1

Заключения. Проведя анализ карт амбулаторного наблюдения больных с ВПС НИИХСиТО можно сделать следующие выводы:

1. Количество пациентов с врожденными пороками сердца, наблюдающихся в НИИХСиТО с каждым годом становится все больше.

2. Большое число (54,7 %) больных, открыв карту и пройдя обследование, в дальнейшем не наблюдаются в НИИХСиТО.

3. Наблюдаются в течении короткого срока (1 год) 10,6% больных, что является не эффективным и в будущем может привести к осложнениям.

4. В течении нескольких лет пациенты наблюдались в большинстве случаев лишь до 3 раз.

5. Стационарное лечение проходил небольшой процент пациентов (15%).

6. Хирургическую коррекцию порока провели лишь у 17, 2% пациентов, хотя основной метод лечения ВПС – хирургический.

7. После проведения хирургической коррекции ВПС пациенты не наблюдаются в КДО НИИХСиТО, либо наблюдаются редко.

8. Эффективность амбулаторного ведения больных в отдаленные сроки после проведения хирургической коррекции

сердца находится в тесной зависимости от комплаенса (податливости) больных к диспансерному наблюдению.

9. Неэффективное наблюдение за больными с ВПС приводит к неизвестным послеоперационным результатам хирургической коррекции ВПС, которыми могли бы пользоваться педиатры и кардиологи в регионах, отдаленных от кардиохирургических клиник.

Литература

1. Николаева Т.Н. К вопросу об объеме специализированной кардиохирургической помощи детям с врожденными пороками сердца в зависимости от их частоты.

2. Physical fitness of children after operation of ventricular septal defect of the heart / J. Durmala, W. Rokicki, J. Kohut, W. Pilis // *Przegl Lek.* 2002. - Vol. 59, № 12. - P. 984-986.

3. Tweddell, J. S. Twenty-year experience with repair of complete atrioventricular defect / J. S. Tweddell, S. B. Litwin, S. Berger // *Ann. Thorac. Surg.* -1996. Vol. 62, № 2. - P. 419-424.

4. Горелик Н.В. Отдаленные результаты хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей в Приморском крае. Диссертация. канд. мед. наук 14.00.09. – Москва, 2005г. – 122с.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСТРЕННОЙ СОРТИРОВКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ШОКА У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ ПИТАНИЯ

Мамырбаева Т.Т., Шалабаева Б.С., Шукурова В.К., Кабылова Э.Т.

Национальный центр охраны материнства и детства,
г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлена адаптированная версия клинического протокола ВОЗ по ведению этапов экстренной сортировки, диагностики и лечения шока у детей с тяжелым нарушением питания.

Ключевые слова: истощение, квашиоркор, алиментарный маразм и маразматический квашиоркор, гипогликемия, гипотермия, шок, обезвоживание.

Для быстрой оценки состояния детей при их поступлении в больницу проводится сортировка для выявления:

- неотложных признаков, требующие проведения срочных вмешательств по жизненным показаниям;
- приоритетных признаков, свидетельствующие о необходимости уделить приоритетное внимание, среди тех, кто ожидает своей очереди, и провести без задержки необходимые лечебно-диагностические мероприятия;
- несрочные случаи, где нет ни экстренных, ни приоритетных признаков.

Всех детей с тяжелыми нарушениями питания в процессе сортировки квалифицируют как имеющих приоритетные признаки, что означает, что они нуждаются в первоочередном оказании лечебно-диагностической помощи.

Клиническими признаками тяжелого истощения являются отсутствие подкожной жировой клетчатки, уменьшение массы мышечной ткани и появление гипопроteinемических отеков.

Тяжелое нарушение питания характеризуется наличием отеков на обеих стопах и истощением или дефицитом веса относительно роста менее -3СО. Показатель -3СО (СО – стандартное отклонение или Z-показатель) приблизительно соответствует 70% по отношению к среднему значению соотношения вес/рост.

Различают такие клинические состояния, как квашиоркор, алиментарный маразм и маразматический квашиоркор.

Ключевые диагностические признаки

включают:

- вес/рост (или вес/длина тела) <70% или <- 3СО (алиментарный маразм).
- вес/рост (или вес/длина тела) <70% или <- 3СО при наличии отека обеих ступней (квашиоркор или маразматический квашиоркор).

При сортировке больных с тяжелыми нарушениями питания часть детей попадут в группу с экстренными (неотложными) признаками. При оказании неотложной помощи детям данной группы необходимо обратить внимание на следующее:

- Детям с признаками, касающимися нарушений дыхания, или с комой/судорогами, должна быть оказана соответствующая экстренная помощь;

- Детям, у кого есть признаки тяжелого обезвоживания, но нет шока, не следует проводить регидратацию внутривенными жидкостями по той причине, что тяжелое обезвоживание у крайне истощенных детей правильно оценить трудно и такой диагноз часто ставят ошибочно. Дача внутривенных жидкостей таким детям обуславливает риск перенасыщения организма жидкостями и смерти от острой сердечной недостаточности. В данной ситуации не устанавливается внутривенная система ребенка и регидратация проводится орально, используя специальный регидратационный раствор ReSoMal для детей с тяжелым нарушением питания.

- Если есть признаки шока, следует проверять наличие и других экстренных признаков (заторможенность или отсутствие сознания). Это необходимо потому,

что у детей с тяжелым нарушением питания типичные признаки шока могут присутствовать даже тогда, когда шока нет. Признаки *шока* (состояние кровообращения) - холодные руки, медленное капиллярное наполнение (более 3сек), слабый и учащенный пульс.

Если ребенок с признаками *шока*, но не *заторможен или без сознания (активный)*, то необходимо держать его в тепле и дать 10% раствор глюкозы в дозе 10мл/кг или раствор сахара (для приготовления раствора сахара, растворите 4 чайных ложки сахара (20г) в 200 мл чистой воды) орально или через назогастральный зонд, и далее проводите полное обследование и лечение согласно клиническому протоколу ВОЗ по ведению детей с тяжелым нарушением питания.

Алгоритм оказания неотложной помощи ребенку с признаками *шока* и если, он *заторможен или без сознания*:

- Убедитесь, что ребенок находится в тепле;
- Дайте кислород;
- Установите систему для внутривенного введения (взять кровь для срочного лабораторного исследования – глюкоза, гемоглобин, гематокрит);
- Взвесьте ребенка для расчета необходимого объема жидкости;

У всех детей с тяжелым нарушением питания есть риск развития гипогликемии, поэтому вливания внутривенных жидкостей нужно начинать с внутривенно струйного введения 10% раствора глюкозы в дозе 5 мл/кг (таблица 1).

Таблица 1

Возраст/вес	Объем 10% раствора глюкозы дать как болюсную дозу (5 мл/кг)
До 2 мес. (<4 кг)	15 мл
2–<4 мес. (4–<6 кг)	25 мл
4–<12 мес. (6–<10 кг)	40 мл
1–<3 года (10–<14 кг)	60 мл
3–<5 лет (14–<19 кг)	80 мл

Далее введите внутривенно 15 мл/кг жидкостей в течение 1 часа, их объем указан в таблице 2.

Используйте один из следующих растворов (в порядке предпочтения и в соответствии с наличием):

- раствор Рингера лактата с 5% глюкозой (декстрозой);

• полуноормальный солевой раствор (0,45% физиологический раствор) с 5% глюкозой (декстрозой);

• нормальный солевой раствор (0,9% физиологический раствор) с 5% глюкозой

• при отсутствии перечисленных выше препаратов – раствор Рингера лактата.

Таблица 2. - Объем внутривенных жидкостей в мл

Масса тела (кг)	Вводить в течение 1ч (15 мл/кг) в мл	Масса тела (кг)	Вводить в течение 1ч (15 мл/кг) в мл
4	60	12	180
6	90	14	210
8	120	16	240
10	150	18	270

При проведении мониторинга оценки состояния подсчитывайте пульс и частоту дыхания в начале и через каждые 5-10 минут.

Если состояние ребенка не улучшается после первого внутривенного вливания 15 мл/кг, следует предполагать развитие

септического шока и необходимо проведение следующих мероприятий:

• вводите поддерживающие внутривенные жидкости (4 мл/кг/ч), ожидая доставки эритроцитной массы для гемотрансфузии;

• когда получите, медленно перелейте

эритроцитную массу – 10 мл/кг в течение 3 ч, затем:

- возобновляйте кормление смесью F-75;
- начинайте лечение антибиотиками широкого спектра действия.

Если есть признаки улучшения после первого внутривенного вливания 15 мл/кг (частота пульса и дыхания уменьшаются):

- повторите внутривенно 15 мл/кг в течение 1 часа;
- затем переходите на оральную или назогастральную регидратацию препаратом ReSoMal (таблица 3) в дозе 10 мл/кг/ч в течение до 10ч;
- возобновляйте кормление смесью F-75 и продолжайте грудное кормление, если ребенок получает грудное молоко.

При введении внутривенных жидкостей помните, что противошоковые мероприятия у истощенных детей имеют свою специфику: у них часто встречаются как

шок в результате обезвоживания, так и септический шок, при чем эти состояния трудно отличить друг от друга, пользуясь лишь клиническими критериями. Обезвоженные дети хорошо реагируют на внутривенные жидкости (снижается частота дыхания и пульса, восстанавливается диурез, укорачивается время капиллярного наполнения). При септическом шоке в отсутствие дегидратации, положительного эффекта от внутривенных жидкостей не будет.

Объем вводимой жидкости должен регулироваться реакцией ребенка. Проводится мониторинг состояния ребенка в начале и через каждые 5-10 минут с определением частоты пульса и дыхания, чтобы видеть, происходит улучшение или появились симптомы гипергидратации (прогрессирующее повышение частоты дыхания на 5 в 1 мин и пульса на 15 в 1 мин).

Таблица 3. - Рецепт приготовления раствора ReSoMal

Компоненты	Количество
Вода	2 л
ВОЗ-ОРС	Один пакет на 1 л раствора*
Сахароза	50 г
Электролитно-минеральный раствор**	40 мл

* - 2,6 г хлорида натрия, 2,9 г тринатрия цитрата дигидрата, 1,5 г хлорида калия, 13,5 г глюкозы.

** - См. рецепт приготовления электролитно-минерального раствора. 1л раствора ReSoMal содержит приблизительно 37,5 ммоль Na, 40 ммоль K и 3 ммоль Mg.

Таблица 4. - Рецепт приготовления электролитно-минерального раствора

Наименование	г	ммоль/20 мл
Хлорид калия: KCl	224	24 ммоль
Трикалий цитрат	81	2 ммоль
Хлорид магния: MgCl ₂ · 6H ₂ O	76	3 ммоль
Ацетат цинка: Zn ацетат · 2H ₂ O	8,2	300 мкмоль
Сульфат меди: CuSO ₄ · 5H ₂ O	1,4	45 мкмоль
Вода: добавить до	2500 мл	
Если есть в наличии, добавьте на 2500 мл также:		
• селенат натрия, NaSeO ₄ · 10H ₂ O	0,028	
• йодид калия, KI	0,012	

Растворите компоненты в охлажденной кипяченой воде. Разлейте раствор в стерильные флаконы и поставьте в холодильник для более длительного сохранения его качества. Не используйте раствор, если он помутнеет.

Если состояние ребенка ухудшается во время внутривенной регидратации (частота дыхания увеличивается на 5 дыха-

тельных движений в 1 мин или пульс на 15 уд./мин), необходимо прекратить вливание, так как дальнейшее поступление в орга-

низм жидкостей может ухудшить состояние ребенка.

При тяжелом нарушении питания применяют специальные типы внутривенных жидкостей (перечислены выше) и вливание следует проводить более медленно.

Если готовые порошковые электролитно-минеральные смеси недоступны, приготовьте раствор согласно рецепту, состав которого дан в таблице 4.

Если нет возможности приготовить электролитно-минеральный раствор, а готовых порошковых смесей нет, давайте К, Mg и Zn отдельно. Приготовьте 10% маточный раствор хлорида калия (100г в 1л воды). Добавьте 45мл маточного раствора хлорида калия вместо 40мл электролитно-минерального раствора.

Наблюдается тенденция к гипердиагностике обезвоживания и завышению степени ее выраженности у детей с тяжелым нарушением питания. Это происходит по-

тому, что у таких детей трудно правильно определить степень обезвоживания на основе только клинических признаков. Практически у всех детей с водянистой диареей можно предполагать наличие умеренного обезвоживания. Признаки гиповолемии могут наблюдаться одновременно с отеками.

Все дети с тяжелым нарушением питания нуждаются в срочном обследовании и лечении для купирования таких серьезных расстройств, как гипогликемия, гипотермия, тяжелая инфекция, тяжелая анемия и поражения глаз с угрозой слепоты. Даже если подобные расстройства и не были отмечены при поступлении в больницу, следует предпринять срочные меры для их профилактики.

Литература:

Оказание стационарной помощи детям (карманный справочник) ВОЗ 2005г.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ НЕБА.

Насыров В.А., Умарова М.М.

Кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К. Ахунбаева
(Зав. кафедрой - проф: Насыров В.А.)

Резюме: в данной работе приведены сведения о разработке методов профилактики и лечения адгезивных отитов у детей с врожденной расщелиной неба.

Ключевые слова: врожденные расщелине верхней губы и неба, сосцевидного отростка, адгезивных отитов.

В настоящее время в литературе и в практическом здравоохранении не в должной степени уделяется внимание состоянию ЛОР-органов у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба и, в частности, такой проблеме как патология среднего уха, у этого контингента.

Анатомические и функциональные изменения, сопутствующие врожденной расщелине верхней губы и неба, приводят как к острым, так и хроническим заболеваниям ЛОР-органов. Сообщение полости рта и полости носа в области дефекта

нарушает акт сосания, глотания, дыхания - при этом вдыхаемый воздух не согревается и не очищается, это приводит к воспалительным изменениям в слизистой оболочке носа, носоглотки и среднего уха.

Но чаще всего у таких детей встречается патология среднего уха, причинами возникновения, которого могут быть самые разнообразные факторы: острые респираторные и вирусные инфекции, деформация носа и перегородки носа, аденоидит, хронический тонзиллит, воспаление околоносовых пазух, вазомоторный ринит, и.т.д., возника-

ющие как следствие смешанного ротоносового дыхания, попадания пищи из полости рта в полость носа и носоглотку. Вследствие смешанного ротоносового дыхания, попадания пищи из полости рта в полость носа и носоглотку, создаются условия для заброса секрета из носоглотки в слуховую трубу, что может привести к развитию мукоцилиарной недостаточности. В норме носоглотка при глотании отделяется от ротоглотки мягким небом и поэтому менее подвержена бактериальному загрязнению (за исключением ОРВИ, аденоидита, синуситов). При нарушении целостности мягкого неба или ограничении его подвижности (в случаях ВРН), создаются условия инфицирования носоглотки и среднего уха.

Должны знать педиатры, челюстно-лицевые хирурги, ортодонты и родители, что у детей с ВРН более чем в 70% случаев выявляется патология среднего уха. Компенсаторные функции языка, неба и задней стенки глотки закрепляют и усугубляют анатомическую, физиологическую и функциональную неполноценность расщелины неба. Поэтому, очень важное значение имеет проведение ранней ураностафилопластики. Если у детей до 5 лет изменения ЛОР-органов носят обратимый характер, то в более старшем возрасте, особенно у несвоевременно оперированных, они носят необратимый характер [1,3].

Ведущим фактором в патогенезе средних отитов является дисфункция слуховой трубы, которая у детей с ВРН может быть обусловлена следующими причинами: патологическим прикреплением мышцы, поднимающей мягкое небо (при ВРН эта мышца вплетается в сухожилие мышцы, напрягающей мягкое небо, тем самым противодействуя ее нормальной функции), частичным прикреплением мышцы, напрягающей мягкое небо, к латеральной пластинке слуховой трубы (СТ), недоразвитием хряща слуховой трубы, отсутствием слияния мышц в небном апоневрозе, а, как следствие, уменьшением мышечной массы и мышечной тяги для нормального функционирования мягкого неба, атрофией мышц, заменой части волокон соединительной или жировой тканью. Дополнительной причиной служит длительное пребывание мышц в напряженном состоянии,

что приводит к потере их эластичности, нарушению трофики, а, как следствие, развитию дегенеративных процессов [2,4].

В литературе и в практическом здравоохранении, не рассматривается функция сосцевидного отростка, его роль, как «легкого» для среднего уха, а также его формирование у детей с врожденной расщелиной неба.

Система воздушных клеток сосцевидного отростка, является важным звеном в патофизиологии воспалительных заболеваний среднего уха. Сосцевидная полость является не только воздушным резервуаром, но и активным пространством для газообмена. При снижении объема воздушных клеток сосцевидного отростка и продолжающейся абсорбции газов оказывает относительное влияние на давление в среднем ухе. Снижение давления в барабанной полости к началу открывания слуховой трубы, затрудняет его размыкание в глоточном отделе, а при более низком давлении (30-50мм.рт. ст.) это становится почти невозможным, если только в носоглотке оно не будет повышенным. По данным литературы склеротический тип сосцевидного отростка предрасполагает к возникновению отрицательного давления, особенно если слуховая труба имеет анатомическое или механическое сужение.

По учению Витмака, склеротическое строение сосцевидного отростка, обычно сопутствует хроническим процессам среднего уха, представляет собой не вторичное явление, не вследствие экссудативного хронического воспаления, как принято думать, а результат нарушения процесса пневматизации сосцевидного отростка. Диплоэтическое и склеротическое строение сосцевидного отростка рассматривается как задержка или нарушение нормального хода пневматизации под влиянием патологических процессов, имевших место в среднем ухе в раннем детстве.

Таким образом, можно сделать вывод, что в настоящее время остается много вопросов по проблеме нарушений слуха у детей с ВРН, а именно: 1) Как часто возникает кондуктивная тугоухость у детей с ВРН;

2) Зависит ли ее возникновение от вида расщелины и сроков проведения первичной хирургической реабилитации (ураностафило-

пластики).

Ранняя профилактика, диагностика, своевременное лечение патологий среднего уха без сомнения, актуальна у детей с ВРН, потому что нет настороженности у педиатров, челюстно-лицевых хирургов, логопедов и родителей в том, что высока вероятность возникновения заболеваний среднего уха у таких детей. Решение этих вопросов позволит предупредить развитие стойких нарушений слуха у пациентов с ВРН.

Несмотря на множество работ, посвященных лечению детей с ВРН, наличие большого разнообразия способов и форм их реабилитации, остаются актуальными вопросы профилактики и лечения столь сложной проблемы, как нарушение слуха, поскольку данная проблема практически не освещена в доступной литературе[4,5]. Поэтому избранная тема исследования имеет не только важное научное, но и большое практическое значение.

Цель работы - разработка методов профилактики и лечения адгезивных отитов у детей с врожденной расщепленной неба.

Материалы и методы исследований: Под нашим наблюдением находились 103 ребенка с ВРН. Они были разделены на 3 группы: 1 сравнимая группа – дети с ВРН (n=63), основная группа – дети, с ВРН которым проводилось одномоментно ураностафилопластика и тимпаностомия (n=40). Для определения нормальных показателей были обследованы 25 детей без челюстно-лицевой и ЛОР патологии.

На первом этапе работы был проведен анализ архивного материала отделения детской челюстно-лицевой хирургии клинической больницы №5 г. Алматы, с 2000 по 2005 г.г. Для этого был проведен анализ 63 историй болезни, где оценивалось течение беременности, наследственность (наличие сопутствующего синдрома), сроки проведения хирургического лечения по поводу челюстно-лицевой патологии, наличие сопутствующих заболеваний. Эти больные получили только хирургическое лечение по поводу ВРН. При контрольном осмотре этим пациентам проводилось клиническое обследование, которое включало отоскопию, аудиометрию, импедансометрию, компьютерную томографию

височных костей в аксиальной и коронарной проекциях, переднюю и заднюю риноскопию, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, фарингоскопию.

На втором этапе проводился анализ больных за период 2005-2010гг., у которых была произведена операция ураностафилопластика и тимпаностомия с одномоментным введением вентиляционной трубки (n=40). В послеоперационном периоде проводилось транстимпанальное введение кортикостероидов, муколитиков, по показаниям антибиотиков. Всем детям проводился клинический осмотр и аудиологический контроль через месяц и последующие каждые 3 месяца, компьютерная томография височных костей раз в год.

Результаты: Анализ результатов исследования показал, что у здоровых детей по мере роста внутри сосцевидного отростка идет процесс пневматизации, т. е. постепенного увеличения воздухосодержащих клеток занимающих большую или меньшую часть сосцевидного отростка, и выполняющих роль воздушного резервуара. Такое строение называется пневматическим и по данным Цукеркандля составляет 36,8%. В 20% встречается диплоэтический тип строения, который состоит сплошь из мелких диплоэтических клеток, содержащих костный мозг, и только вблизи антрума имеется еще некоторое количество воздухоносных клеток. Смешанный тип - комбинация пневматического и диплоэтического типа строения наблюдается в 43,2%. Полное отсутствие пневматических клеток – это склеротический тип строения встречается крайне редко. В нашей работе у детей во 2 сравнимой группе, куда вошли дети без ЛОР и челюстно-лицевой патологии (n=25) преобладали дети с пневматическим типом строения (n=17) 68%, диплоэтический тип строения составил (n=8) 32%, склеротический тип не наблюдался.

У всех детей сравнимой группы преобладал склеротический (n=55) 87,3% и диплоэтический (n=31) 49,2% тип строения сосцевидного отростка.

У 33 (83,5%) детей основной группы с ВРН, которым проводилась одномоментно ураностафилопластика и тимпаностомия, с одномоментным введением вентиляционной

трубки определялся пневматический, у 7(17,5 %)- диплоэтический тип. Склеротический тип в основной группе не встречался.

Выводы: проведение одномоментной операции ураностафилопластики и тимпаностомии с ведением вентиляционной трубки благоприятно влияет на развитие сосцевидного отростка у детей с ВРН, и является одним из важных звеньев в профилактике и лечении адгезивных отитов.

Литература:

1. Соколова А.В. Профилактика и коррекция нарушений слуха, обусловленных экссудативным отитом у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.

М 2003:54-55.

2. Макхамова Н.Э. и др. К вопросу о диагностике тугоухости у больных с врожденным расщелинам неба. Сб. научн. Трудов. Ташкент 1993; с.12-14.

3. Дмитриев Н.С., Косяков С.Я., Федосеев В.И.. Компьютерная томография височной кости в предоперационном обследовании больных различной патологией уха. // Матер. XVI съезда оториноларингологов РФ. Сочи, 2001. - С.68-73.

4. Goudy S., Lott D., Canady J., Smith R.J. Conductive hearing loss and otopathology in cleft palate patients. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006; 134:6:946-948.

5. Muntz H.R. An Overview of Middle Ear Disease in Cleft Palate Children. *J Facial PLASTIC surgery* 1993;9:3:177-180.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ, ПРОВОДИМАЯ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ЩАДЯЩИХ И РАСШИРЕННЫХ ВАРИАНТОВ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ

Ниязалиева Д.А.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ

Резюме: В работе представлен алгоритм проведения лекарственной терапии 107 больным, которым была произведена переднебоковая резекция гортани в щадящем и расширенном вариантах по поводу рака указанного органа.

Ключевые слова: рак гортани, переднебоковая резекция гортани, послеоперационная лекарственная терапия

Postoperative medical therapy had done after benign and expanded types of anterolateral resections of larynx

D.A.Niyazalieva

Department of Ophthalmology and Otolaryngology of Kyrgyz-Russian Slavic University

Summary: This article presented an algorithm of the medical therapy of 107 patients which were underwent benign and expanded version of anterolateral resections of the larynx in a cancer that organs.

Key words: cancer of larynx, resection of larynx, postoperative conservative therapy

Введение. Рак гортани в структуре злокачественных новообразований головы и шеи является лидирующей локализацией, занимающей среди них первое место. Относительная частота регистрации среди всех злокачественных новообразований человека колеблется в разных странах в пределах 1-6% [4,6,9].

Хирургическое лечение рака гортани с соблюдением одного из основных требований абластичного иссечения блока тканей не может в пределах возможного уменьшить выраженность послеоперацион-

ных проявлений и тем более влиять на регенераторные процессы, происходящие в операционных внутригортанных ранах. Интенсивность регенераторных процессов и благоприятное развитие заживления, происходящие в операционных внутригортанных ранах могли зависеть в какой-то степени и от послеоперационной лекарственной терапии. Поэтому ее особенности были в центре внимания нашего коллектива и постоянно отрабатывались.

Последовательное содержание разделов алгоритма имеет обоснование, как по

содержанию использованных средств терапии, так и времени и продолжительности применения.

Антибактериальная терапия содержит 2 препарата выбора. К ним относятся цефалоспорины II и III поколений, а также метрид (метронидазол). Их назначение обосновано бакисследованиями взятого материала из верхних отрезков респираторного тракта и пищеводных путей, выполненных в лабораториях, оборудованных по современным требованиям. Их результаты свидетельствуют о том, что у больных раком гортани на слизистой оболочке вегетирует не только условно-патогенная микрофлора, но и представители грам- бактерий и анаэробы [5,11].

Если у оперированного регистрируется непереносимость названных препаратов, то приходится заменять их препаратами альтернативного лечения. К их числу можно отнести аминопенициллины, в том числе антипсевдомонадные, респираторные фторхинолоны, в том числе широкого спектра действия, к числу которых причисляют гатифлоксацин, левофлоксацин и моксифлоксацин. Иногда в течение короткого времени можно воспользоваться внутримышечным введением аминогликозидов (гентамицин).

Успех антибактериальной терапии может значительно усилить целесообразно обоснованное патогенетическое лечение, которое преследует цель ослабить действие медиаторов воспаления, сохранить в районе операционной раны и в гортани кровообращение и предупредить в ней деструктивные процессы, а также сохранить водно-солевой обмен на приемлемом уровне. Чтобы выполнить эти задачи в ближайшем послеоперационном периоде желательно назначение кортикостероидов, антигистаминных препаратов, гепарина или низкомолекулярных гепаринов и в/в капельное введение солевых растворов до 2-х литров.

Первые из них, а именно преднизолон (дексаметазон, триамцинолон) и антигистаминные препараты угнетают активность медиаторов воспаления, а следовательно, уменьшают выраженность отека и инфильтрации в оперированной гортани. Это,

несомненно, наряду с анальгетиками способствует энергичному снижению болевого синдрома, ускорению приема жидкости и пищи естественным путем и препятствует заметному сокращению просвета гортани [1,5,7,10].

Гепаринотерапия желательна, поскольку у больных перенесших резекцию гортани развивается гиперкоагуляционная стадия тромбгеморрагического синдрома (ДВС). Хотя она по тяжести незначительная, тем не менее на фоне реактивных изменений в органе, относящегося в связи с отмеченным к шоковому, может развиваться множественная очаговая блокада микроциркуляторного русла, а это может увеличить местные деструктивные изменения, которые крайне нежелательны. Однако эту терапию следует назначать только на следующий день после операции, ибо она противопоказана при наличии открытых сосудов [8].

По окончании острого послеоперационного периода, когда восстанавливается разделительная функция для борьбы с грубым рубцеванием нами рекомендуется пероральный прием синтетических кортикостероидов в течение 2-х месяцев. Эта терапия тормозит образование фибробластов и угнетает интенсивность образования ими волокнистой ткани. В свою очередь это предупреждает грубое, тем более деформирующее рубцевание, что отражается позитивным образом на дыхательной, разделительной и фонаторной функции [2,3,12].

Назначение малого антикоагулянта аспирина при гепаринотерапии предупреждает «крикошет», а использование препаратов калия может быть отнесено к заместительной терапии, поскольку кортикостероиды способствуют выведению калия из организма [7,8].

Материалы и методы. Из 107 больных были произведены переднебоковая (83 пациента) и расширенные (24 пациента) переднебоковая резекции гортани. Среди них мужчин было 101, женщин – 6. В возрасте 30-40 лет было - 3 больных, 41-50 лет - 23, 51-60 лет - 44, 61 и старше - 37 больных. Возраст самого старшего пациента был равен 81 году.

Рак в I стадии развития процесса на глосовой складке был диагностирован – у 36 этих больных, II стадии - у 57, III стадии - у 14 больных. Метастазы в региональные лимфоузлы УЗИ шеи позволило диагностировать у 31 оперированного. При этом их дооперационное распознавание было зафиксировано - у 13 больных, через различные сроки после операции - у 18 больных.

Лекарственная терапия больных, перенесших переднебоковую резекцию в щадящем и расширенном вариантах, как и после других хирургических вмешательств, выполняемых по поводу рака гортани, как нам представляется должна отвечать следующим требованиям, к числу которых относятся воздействия на

- болевой синдром и понижение чувствительности рефлексогенных зон;
- отек тканей и воспалительную инфильтрацию;
- организацию питания и сохранение водно-солевого статуса на приемлемом уровне;
- борьбу с инфекцией, которая может быть представлена условно- патогенными, грам- и анаэробными микроорганизмами;
- необходимость снижать активность медиаторов воспаления;
- поддержание нормального кровообращения в операционных ранах и травмированным хирургическим вмешательством органе для предупреждения деструктивных изменений;
- предотвращение избыточного образования грануляционной ткани и последующего выраженного развития соединительной ткани (рубцов).

Решение перечисленных требований, предъявляемых к лекарственной терапии должно осуществляться последовательно, причем надежно в ближайшем и отдаленных послеоперационных периодах. Следовательно, назначение средств, для лекарственного лечения должно осуществляться не только последовательно, но и продолжаться в течение разного времени. Его при

необходимости следует корректировать препаратами, которые предупреждают побочное действие и предупреждают возможные последствия, в частности, «фрикошет», обусловленный единством и противоположностью действия лекарственных препаратов, характеризующихся положительным и возможным отрицательным влиянием на патологический процесс и состояние организма. Все это схематически представлено в рисунке 1 в виде алгоритма.

Обсуждение. Описанная послеоперационная лекарственная терапия нами использована в послеоперационном периоде у 107 больных, перенесших резекции гортани. Анализ ее результатов оказался весьма ощутимым. Ни разу у оперированных больных не был зарегистрирован развал раны и некротические изменения в тканях. К тому же более гладкий послеоперационный период и более благоприятное заживление внутригортанных операционных ран способствовало более быстрому и более надежному восстановлению основных функций гортани, чему в немалой степени способствовало оптимально возможное использование резервных механизмов, повышающих функциональную реабилитацию оперированных.

Выводы. Для облегчения состояния оперированных, благоприятного заживления ран и получения желаемой функциональной реабилитации обосновано проводить медикаментозное лечение, придерживаясь отработанной схемы использования лекарственных средств, представленных в алгоритме, отражающего использование лекарственных средств выбора, этапов и продолжительности их применения до полного заживления внутригортанных операционных ран. Такая тактика лекарственного лечения, наряду с представленными особенностями технического выполнения операции перспективна в отношении гладкого заживления операционной раны и ее функциональных результатов.

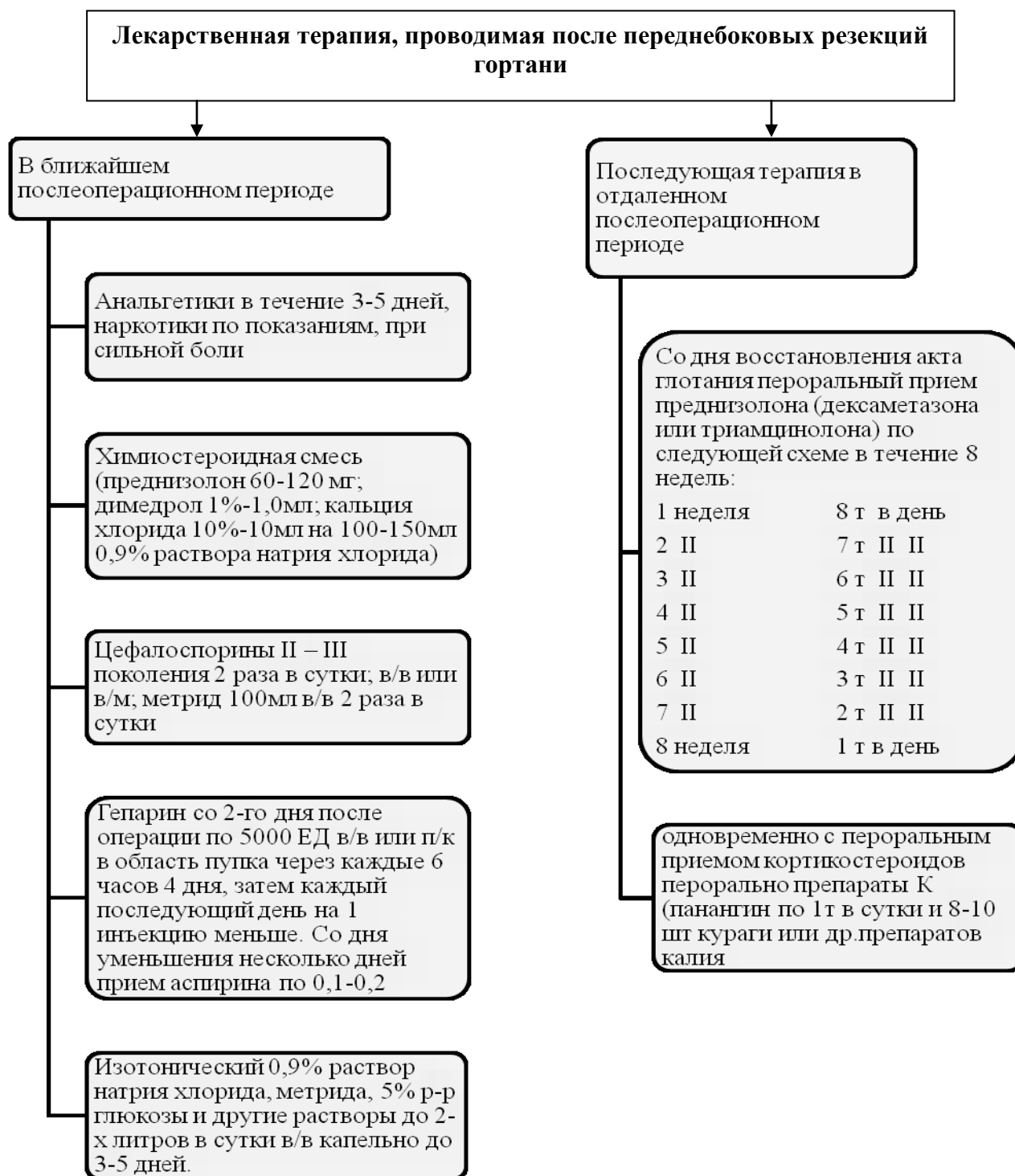


Рис. 1. - Алгоритм послеоперационной терапии больных, перенесших переднебоковую резекцию гортани в ближайшем и отдаленном послеоперационных периодах

Литература:

1. Айдарбекова А.А. Анатомо-функциональная характеристика гортани и течение заболеваний в ней после ее переднебоковой резекции / А.А. Айдарбекова: Автореф.дисс... канд.мед.наук.- Кыргызмедакад.-Б.,

2001.-20с

2. Балацкая Л.Н. Речевая реабилитация и качество жизни после лечения больных опухолями головы и шеи / Л.Н.Балацкая: Автореф. дисс... д-ра мед.наук.- Томск, 2001.- 20с.

3. Кожанов Л.Г. Оценка качества речи у больных после резекции гортани / Л.Г.Кожанов, А.М.Сдвижков, В.Н.Сорокин,

Е.С.Романова //Вестник оториноларингологии.- 2009.- №2.- С. 23-24

4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес. – 4-е издание.- М.: Мед., 2000.- 480с.

5. Рзаев Р.М. Опыт хирургического лечения больных раком гортани I-II стадий (T1-2 N0M0) / Р.М.Рзаев // Вестник оториноларингологии. – 2006.- №4.

6. Сдвижков А.М. Отдаленные результаты лечения больных раком гортани в Москве / А.М.Сдвижков, Л.Г.Кожанов, Н.Х.Шацкая, О.А.Ядыков // Вестник оториноларингологии.- 2009.- №1.- С20-22

7. Фейгин Г.А. К профилактике рубцовых стенозов гортани после щадящих операций по поводу рака / Г.А.Фейгин, И.А.Рожинская //Журнал ушных носовых горловых б-ней. – 1972.-№3.- С. 37-41

8. Фейгин Г.А. Кровотечения и тромбозы

при оториноларингологических заболеваниях / Фейгин Г.А., Кузник Б.И. - Фрунзе.- 1989.- 250с.

9. Чиссов В.И. Онкология. Клинические рекомендации / В.И.Чиссов, С.Л.Дарьялова – М., 2008.- 720с.

10. Aygenç E. Functional outcomes after supracricoid partial laryngectomy / E.Aygenç, S.Celikkanat, C.Ozbek et al. // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. - 2002. – Vol.9. - №1. – P.54-8.

11. Ganly I. Analysis of postoperative complications of open partial laryngectomy / I.Ganly, S.G.Patel, J.Matsuo et al. // Head Neck. – 2009. – Vol.31. - №3. – P.338-45.

12. Rademaker A.W. Recovery of postoperative swallowing in patients undergoing partial laryngectomy / A.W. Rademaker, J.A.Logemann, Roa Pauloski et al. // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1993. - Vol.15. - P.325-334.

ОСОБЕННОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Калжикеев А.М.

Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек (директор – акад. М.М. Мамакеев)

Единственным методом лечения прободных язв в настоящее время признано неотложное оперативное вмешательство. Оттого остается дискуссия о сравнительной эффективности различных методов вмешательств, в плане радикальности лечения язвенной болезни. Наиболее распространенным методом хирургического лечения прободных дуоденальных язв является ушивание или иссечение язвы, дополненное ваготомией в различных вариантах [4,5,6]. Стронники ваготомии указывают на малую травматичность, простоту данных вмешательств и связанный с этим низкий уровень послеоперационной летальности [2,5,8]. Однако ограниченные возможности выполнения селективных вариантов ваготомии в экстренной хирургии и зачастую технически невыполнимое иссечение прободной язвы делают операцией выбора для приверженцев ваготомии ее стволовой вариант с ушиванием перфоративной язвы. Первич-

ная резекция желудка не утратила своего значения в хирургическом лечении перфоративных язв желудка и ДПК и по сегодняшний день, по мнению ряда авторов, является основным, радикальным способом лечения данной патологии [1,3,6,7,8].

Выбор конкретного метода резекции желудка при перфоративных язвах двенадцатиперстной кишки, а также степень, критерии радикальности и функциональной приемлемости результатов операций до настоящего времени служит предметом дискуссии.

В период 1997 - 2012 в НХЦ МЗ КР на лечение по поводу перфоративных язв двенадцатиперстной кишки находилось 563 пациента.

По характеру проведенных оперативных вмешательств пациенты распределились следующим образом. Радикальные оперативные вмешательства (дистальная резекция, объемом не менее 2/3 желудка, в

различных модификациях) были проведены 106 (18,8%) пациентам. Условно-радикальные вмешательства (иссечение язвы) были проведены 300 (53,3%) больным, из них 27 (4,7%) больным иссечение дополнялось заднестволовой и передней проксимальной ваготомией. Паллиативные операции (ушивание язвы) были произведены 157 (27,9%) больным.

Из 106 радикальных оперативных вмешательств, в 55 (51,9%) случае была выполнена дистальная резекция желудка по методу Бильрот-II в различных модификациях, в 51 (48,1%) случаях - дистальная резекция желудка по методу Бильрот-I. При дистальной резекции желудка модификация Гофмейстера-Финстерера была применена у 4 (3,8%) больных, резекция желудка по методу Бильрот-II в модификации Витебского – у 45 (42,5%) пациентов, а модификация Бальфура и методика Ру-Ридигера выполнены по 3 (2,8%) раза соответственно.

Из 300 условно-радикальных оперативных вмешательств во всех случаях было произведено иссечение язвы с мостовидной дуодено- или пилорoduоденопластикой в модификации НХЦ (№599/2003; Кыргызпатент), из них в 27 случаях иссечение язвы дополнялось заднестволовой и передней проксимальной ваготомией.

Из 157 паллиативных оперативных вмешательств во всех случаях было произведено ушивание язвы в различных модификациях.

Проведен анализ соотношения сроков от момента перфорации гастродуоденальной язвы до поступления пациентов в стационар и выраженности воспаления брюшины.

В сроки госпитализации до 12 часов перитонит в подавляющем большинстве случаев - 87,5% носит серозно-фибринозный характер, при этом распространенность воспалительного процесса со стороны брюшины в сроки до 6 часов от момента перфорации не имеет основного значения, и составляет 34,7% случаев. В сроки госпитализации от 12 до 24 часов и позже от начала заболевания перитонит носит исключительно гнойный характер, и

распределение перитонита по распространенности (ограниченный, распространенный) сопоставимо между собой.

Представляет интерес и корреляция соотношений МИП (Мангеймский индекс перитонита), МНОАР и степени эндогенной интоксикации (определяется тяжестью синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) и синдрома полиорганной недостаточности (СПОН)) со сроком от начала заболевания. Данные показатели отражены в табл. 1.

МПИ (1992 г.) состоит из 8 факторов риска: возраст пациента, пол, органная недостаточность, наличие злокачественного новообразования, длительность перитонита до операции более 24 часов, распространенный перитонит, место первичного очага, тип перитонеального экссудата. Различают 3 степени тяжести: 1 – менее 21 балла, летальность - 2,3%; 2 – 21-29 баллов, летальность - 22,3%; 3 – 29-47 баллов, летальность - 59,1%.

МНОАР (1989 г) Классификация предусматривает количественную оценку операционно-анестезиологического риска по 3 основным критериям: общее состояние больного; объем и характер хирургической операции; характер анестезии. Степень риска: I – незначительная - 1,5 балла; II – умеренная – 2-3 балла; III – значительная - 3,5–5 баллов; IV – высокая - 5,5-8 баллов; V – крайне высокая – 8,5-11 баллов. При экстренной анестезии допустимо повышение риска на 1 балл.

Результаты таблицы 1 свидетельствуют о том, что более трети (37,4%) всех пациентов с ПЯДК на сегодняшний день продолжают поступать в клинику спустя 12 часов от начала столь опасного осложнения язвенной болезни. У половины пациентов (49,2%) МИП соответствует 1 степени тяжести перитонита, операционно-анестезиологический риск соответствует 3 степени по шкале МНОАР (53,4%), и ССВР сочетается с СПОН (48,2%). Из приведенных выше результатов следует, что до 6 часов от начала заболевания во всех случаях МИП < 20 баллов, МНОАР в подавляющем большинстве случаев (204 пациентов) соответствует 3 степени операционно-

анестезиологического риска, а степень эндогенной интоксикации минимальна в 95,8% случаев. В сроки госпитализации 6-12 часов тяжесть перитонита у большинства пациентов (54,9%) не усугубляется (МИП < 20 баллов), однако операционно-анестезиологический риск, как и степень интоксикации прогрессивно увеличиваются, у 42 (59,2%) пациентов МНОАР имеет

4-5 степени риска, сочетание ССВР+СПОН отмечается у 23 (51,1%) пациентов. Свыше 12 часов от начала заболевания в преобладающем большинстве случаев (85% и выше) МИП > 30 баллов, сочетание системного воспалительного ответа с полиорганной недостаточностью и МНОАР 4-5 степени риска имеется практически у всех пациентов.

Таблица 1. - Соотношение МИП, МНОАР, а также степени эндогенной интоксикации со сроком от начала заболевания

Срок от начала заболевания	МИП, степень тяжести перитонита			МНОАР, степень операционно-анестезиологического риска		Степень эндогенной интоксикации		Всего
	1 ст. (%)	2 ст. (%)	3 ст. (%)	3 ст. (%)	4-5 ст. (%)	ССВР (%)	ССВР+СПОН (%)	
До 6 часов	216 (78)	-	-	204 (67,8)	12 (4,6)	208 (71,2)	8 (2,9)	216 (38,3)
6-12 часов	61 (22,)	72 (75)	3 (1,6)	97 (32,2)	39 (14,9)	72 (24,7)	64 (23,6)	136 (24,1)
12-24 часа	-	18 (18,8)	94 (49,5)	-	112 (42,7)	12 (4,1)	100 (36,9)	112 (19,9)
Более 24 часов	-	6 (6,2)	93 (48,9)	-	99 (37,8)	-	99 (36,5)	99 (17,6)
Всего	277 (49,2)	96 (17)	190 (33,7)	301 (53,4)	262 (46,6)	292 (51,8)	271 (48,2)	563 (100)

Небезынтересно распределение оперативных вмешательств в зависимости от показателей МИП, МНОАР, выраженности эндогенной интоксикации (табл. 2).

Преобладающее число резекций желудка в различных модификациях (81,1%>) выполнялось в условиях МИП < 20 баллов, а также без признаков полиорганной недостаточности. При этом первичные резекции желудка - 15,35% были выполнены в условиях 3 степени операционно-анестезиологического риска. Превалирующее количество операций, дополненных стволовой ваготомией также проводились в условиях, когда степень операционно-анестезиологического риска не превышала 3. В случаях, когда операционно-анестезиологический риск соответствовал 4-5 степени, было выполнено незначительное количество радикальных (24) и услов-

но-радикальных (55) операций. У (50,3%) пациентов проведено ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, определяется четкая корреляция между показателями шкал МИП, МНОАР, степенью эндогенной интоксикации и возможностью выполнения радикальных оперативных вмешательств. При условии 4-5 степени операционно-анестезиологического риска, а также при сочетании ССВР и СПОН возрастает число паллиативных вмешательств, естественно, за счет снижения числа радикальных и условно-радикальных вмешательств.

Распределение оперативных вмешательств в зависимости от этиологии язвенного процесса выглядит следующим образом: по поводу осложненного течения язвенной болезни оперировано 502 (89,2%) пациентов, симптоматический характер язв

в структуре всех перфоративных язв двенадцатиперстной кишки данной клинической группы наблюдался в 10,8% случаев.

Патогенетически обоснованными дистальными резекциями желудка явились в 80,2% случаев, и в 19,8% случаев были выполнены по поводу острых язв. Аналогичным образом распределились и условно-радикальные операции. Ушивание перфорации хронических язв отмечено у 89,8% пациентов, у 10,2% выполнено ушивание острых язв (табл. 3).

Анализируя распределение оперативных пособий по возрастному составу необходимо отметить следующие особенности: большинству пациентов пожилого и старческого возраста (по 3,2 и 0,35% пациентов соответственно) выполнено ушивание перфоративной язвы, незначительной доле (0,8% и 0,2% соответственно) пациентов тех же возрастных групп выполнено иссечение язвы с пилоропластикой, стволовой ваготомией, и лишь у 10 больных проведена радикальная операция (1,64%).

Таблица 2. - Распределение оперативных вмешательств в зависимости от значений МИП, МНОАР и степени интоксикации

Тип и методика операции	МИП, степень тяжести перитонита, МНОАР, степень операционно-анестезиологического риска				Степень эндогенной интоксикации		Всего
	МИП 1ст., МНОАР 3 ст.	МИП 1ст., МНОАР 4-5 ст.	МИП 2 ст., МНОАР 3 ст.	МИП 2-3ст., МНОАР 4-5 ст.	ССВР	ССВР + СПОН	
Радикальные	62 (58,5%)	24 (22,6%)	20 (18,9%)		85 (80,2%)	21 (19,8%)	106 (18,8%)
Б-П, Г-Ф	2 (0,35%)	1 (0,14%)	1 (0,14%)	-	3 (0,56%)	1 (0,14%)	4 (0,7%)
Б-П, Б-р	2 (0,36%)		1 (0,14%)	-	2 (0,36%)	1 (0,14%)	3 (0,5%)
Б-П, В-й	36 (6,4%)	7 (1,2%)	2 (0,36)	-	40 (7,1%)	5 (0,9%)	45 (8%)
Б-П, Ру	2 (0,36%)		1 (0,14%)	-	2 (0,36%)	1 (0,14%)	3 (0,5%)
Б-П	34 (6,1%)	11 (1,9%)	6 (1%)	-	45 (8%)	6 (1%)	51 (9%)
Иссечение	150 (50%)	55 (18,3%)	90 (30%)	5 (1,7)	199 (66,3%)	101 (33,7%)	300 (53,3%)
Ушивание	54 (34,4%)	16 (10,2%)	23 (14,6%)	64 (40,7%)	48 (30,6%)	109 (69,4%)	157 (27,9%)
Всего	280 (49,7%)	90 (16%)	124 (22%)	69 (12,3%)	339 (60,2%)	224 (39,8%)	563 (100%)

Таблица 3. - Корреляция этиологии язвенного поражения с характером операций при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки

Тип операций	Язвенная болезнь	Острые язвы	Всего
Радикальные	85 (80,2%)	21 (19,8%)	106(18,8%)
Условно-радикальные	247 (82,3%)	53 (17,7%)	300 (53,3%)
Паллиативные	141(89,8%)	16(10,2%)	157(27,9%)
Всего	502(89,2%)	61 (10,8%)	563(100%)

Таблица 4. - Виды оперативных вмешательств у больных разных возрастных групп

	Моложе 45 лет	45-59 лет абс. (%)	60-74 года абс. (%)	75 лет и старше абс. (%)	Всего абс. (%)
Радикальные вмешательства					
Б-II, ГФ	2 (0,35)	1 (0,14)	1 (0,14)	-	4 (0,7)
Б-II, Бальфур	1 (0,14)	2 (0,36)	-	-	3 (0,5)
Б-II, В-й	6 (1)	36 (6,4)	2 (0,3)	1 (0,2)	45 (8)
Б-II, Ру	2 (0,36)	1 (0,14)	-	-	3 (0,5)
Б-I	11 (1,9)	34 (6,1)	6 (1)	-	51 (9)
Условно-радикальные вмешательства					
Иссечение+СтВ	215 (38,2)	80 (14,1)	4 (0,8)	1 (0,2)	300 (53,3)
Паллиативные вмешательства					
Ушивание ПГДЯ	105 (18,6)	32 (5,7)	18 (3,2)	2 (0,35)	157 (27,9)
Всего	342 (60,6)	186 (32,9)	32 (5,7)	4 (0,7)	563 (100)

Пациентам молодого и зрелого возраста выполнялись различные оперативные вмешательства: большинству пациентов выполнены паллиативные и условно-радикальные операции (56,8% и 19,8% соответственно) и только у 22 (3,75%) пациентов молодого и 74 (13,1%) пациентов зрелого возраста проведено первично-радикальное лечение (табл. 4). Из приведенных данных следует, что в случае радикального характера оперативных вмешательств с увеличением возраста пациентов реже производились резекции желудка во всех модификациях. При условно-радикальном характере вмешательств отмечается такая же тенденция. В случае паллиативных вмешательств доля пациентов для I - II возрастных групп различается незначительно. У пациентов III-IV возрастной группы паллиативные вмешательства становились преобладающими.

В соответствии с полученными результатами выявлено, что паллиативные вмешательства проводились в подавляющем большинстве случаев пациентам пожилого и старческого возраста (среди всех перфоративных язв двенадцатиперстной кишки у данных категорий больных), а также пациентам с показателями МИП > 20 баллов, МНОАР 4-5 степени риска и сочетании ССВР и СПОН. Данные факты отражают причины ухудшения непосредственных результатов в группе паллиативных операций.

Таким образом, прослеживается от-

четливая тенденция к увеличению доли паллиативных операций с возрастом пациентов при синхронном снижении доли радикальных вмешательств. Это связано, во-первых, с увеличением операционно-анестезиологического риска до 4-5 степени у больных старших возрастных групп (у данного контингента пациентов всегда выявлялась масса сопутствующих заболеваний). Во-вторых, оперативное вмешательство у данной категории больных, учитывая низкую толерантность к операционной травме, в большинстве случаев имело своей целью исключительно спасение жизни пациента. В противоположность этому, у больных молодого и среднего возраста операции преследовали цель не только устранения перфорации, но и радикального излечения язвенной болезни.

Литература:

1. Гостищев В.К. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Р.А. Головин. // Хирургия. - 2009. - № 3. - С. 10-16.
2. Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А., Сушко А.Н.. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2011. - № 3. - С. 44-49.
3. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Копейкин А.А.. Качество жизни пациентов, перенесших резекцию желудка по поводу язвенной болезни // Российский медико-

биологический вестник им. академика И.П. Павлова. - 2011. - № 4. – С. 120-124.

4. Чернооков А.И., Наумов Б.А., Яковченко А.В. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии // *Анналы хирургии.* - 2010. - № 2. – С. 11-18.

5. Emas S. Ten-year follow-up of a prospective, randomized trial of selective proximal vagotomy with ulcer excision and partial gastrectomy with gastroduodenostomy for treating corporeal gastric ulcer // *Am. J. Surg.*

- 1994. – Jun. - 167(6). – P. 596-600.

6. Madiba T.E. Perforated gastric ulcer--reappraisal of surgical options // *S. Afr. J. Surg.* – 2005. – Aug. - 43(3). – P. 58-60.

7. Touchet J. Treatment of recurrent ulcers after parietal cell vagotomy. Analysis of 18 cases // *Ann. Chir.* – 1992. - 46(7). – P. 570-7.

8. Wysocki A., Beben P. Type of surgery and mortality rate in perforated duodenal ulcer // *Pol. Merkur. Lekarski.* – 2001. – Aug. - 11(62). – P. 148-50.

ВЫБОР СПОСОБА РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО СПОСОБУ БИЛЬРОТ-I ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Калжикеев А.М.

Национальный хирургический центр МЗ КР (Дир. – акад. М.М. Мамакеев)

Показания к оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в течение всей истории желудочной хирургии являлись актуальным, по-разному решавшимся вопросом. Установление показаний к операции тесно связано с выбором метода хирургического лечения, а диапазон операций, применявшихся при язвенной болезни, был довольно широк. Первые операции, выполнявшиеся в 80-х годах XIX века, не шли дальше стремления восстановить нарушенную проходимость привратника. Из применявшихся в то время операций, таких как пальцевое растяжение стриктуры сквозь небольшое отверстие в передней стенке желудка по Лорета, антральная резекция, пилоропластика и гастростомия, последняя вследствие своей простоты, относительной безопасности и отличных непосредственных результатов вскоре завоевала широкую популярность. Это послужило причиной необоснованного расширения показаний к гастростомии. При этом единого подхода к установлению показаний к оперативному лечению язвенной болезни не было.

Между тем желудочная хирургия вступила в период бурного развития, в практику внедрялись различные новые

операции, иногда не получившие должной проверки в эксперименте на животных. Определенное распространение получили также различные операции на привратнике: закрытие его перетяжками, перерезка с зашиванием по Дуайену-Эйзельсбергу, выключение с резекцией по Финстереру, а также различные виды пилоропластики и гастродуоденостомии.

Одновременно наблюдались попытки более физиологического подхода к хирургическому лечению язвенной болезни, но при этом авторы обычно воздействовали на строго обособленный фактор, в котором усматривали первопричину язвы. Так, W. Babcock и H.A. Богораз предложили и осуществили холецистогастростомию, однако без эффекта. В.Н. Розанов предложил десимпатизацию желудка, а В.И. Разумовский - алкоголизацию малой кривизны. А.В. Вишневецкий (1952) и А.Д. Сперанский (1955) увлекались паранефральными новокаиновыми блокадами симпатических сплетений.

Общепризнанным методом оказалась резекция желудка как наиболее радикальный метод оперативного лечения язвенной болезни, в дальнейшем стала распространяться ваготомия.

Такое разнообразие подходов к хирургическому лечению язвенной болезни и ее осложнений в свою очередь отражалось и на выборе показаний к операции, а этот вопрос возникает сразу после установления диагноза. Между тем важность правильно выбранных показаний заключается в их существенном влиянии на непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения язвенной болезни. Еще Я.О. Гальперн (1933) подчеркивал, что «в неправильных показаниях заложен корень неудач» хирургического лечения язвенной болезни. Практическое значение формулировки показаний к оперативному лечению язвенной болезни признано всеми хирургами, обладающими значительным опытом.

Еще в 1897 г. на XXVI Германском хирургическом конгрессе по инициативе W. Leube и J. Mikulicz были разработаны показания к хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Тогда же впервые они были подразделены на «абсолютные» и «относительные».

Абсолютные показания:

- 1) перфорация язвы;
- 2) стеноз привратника и рубцовые деформации пилородуоденальной зоны;
- 3) профузное язвенное кровотечение при безуспешности попыток остановки его консервативным путем;

Относительные показания:

- 1) повторные язвенные кровотечения, легко поддающиеся консервативному лечению;
- 2) неосложненные язвы, не рубцующиеся даже при неоднократном стационарном терапевтическом лечении.

В течение многих лет эти положения служили руководством к действию для большинства хирургов. Однако необходимо отметить, что применялись они на практике главным образом по отношению к гастроэнтеростомии, в то время наиболее распространенной операции. Между тем гастроэнтеростомия в отдаленном периоде давала большое число неудовлетворительных результатов, среди которых («болезни оперированного желудка») на первый план выходила пептическая язва соустья. Рассматривая ее как рецидив язвенной болезни, про-

текающий подчас более жестоко, чем первичная язва, многие исследователи сузили показания к оперативному лечению, рекомендуя его только при декомпенсированных язвенных стенозах.

В 20-х годах постепенно стала распространяться резекция желудка при язвенной болезни, несмотря на сопротивление «гастроэнтеростомистов». К середине 30-х годов накопился большой клинический опыт, положительно характеризующий резекцию желудка при язвенной болезни, особенно в свете отдаленных результатов. Этому способствовали работы С.И. Спасокукоцкого, С.П. Федорова, Е.Л. Березова, С.С. Юдина, Н.Н. Петрова, Я.О. Гальперна, Н. Haberer, A.F. Eiselsberg, B.G.A. Moynihan, H. Finsterer, W. Mayo и др. В 1938 г. на XXIV Всесоюзном съезде хирургов резекция желудка при язвенной болезни была признана «операцией выбора». Это потребовало в свою очередь уточнения показаний к оперативному лечению дуоденальных язв и их осложнений. Хотя среди хирургов принципиальных разногласий по этому вопросу не было, однако на практике основные положения W. Leube и J. Mikulicz не раз подвергались ревизии. Это было связано, например, с введением в классификацию показаний пенетрирующих язв, преперфоративных состояний, прикрытых перфораций, больших каллезных язв и др. Наиболее полно сформулировал Е.Л. Березов в 1934г. три группы показаний к хирургическому лечению язвенной болезни: абсолютные, условно абсолютные и относительные.

К абсолютным показаниям Е.Л. Березов относил язвенные стенозы, перфоративные язвы и состояния, близкие к перфорации (преперфорация и прикрытая перфорация).

В группу условно абсолютных показаний включались пенетрирующие и большие каллезные язвы, а также повторные профузные кровотечения. К относительным показаниям причислялись хронические неосложненные язвы двенадцатиперстной кишки при длительности заболевания не менее 2-3 лет и безуспешности неоднократного проведенного стационарного тера-

пептического лечения.

Во всех случаях, кроме прободных язв, Е.Л. Березов признавал операцией выбора дистальную резекцию (не менее 2/3 желудка) по Бильрот- I или по Гофмейстеру - Финстереру.

Эти показания неоднократно подвергались изменениям в ту или иную сторону. Так, например, при каллезных и пенетрирующих язвах некоторые авторы считали оправданным проводить операции по абсолютным показаниям, поскольку такие язвы, как правило, не проявляют тенденции к заживлению при консервативном лечении. Такому подходу способствовало появление большого числа осложненных язв во время Великой Отечественной войны. Высказывались также предложения о сокращении сроков наблюдения и терапевтического лечения больных, оперируемых по относительным показаниям. В конце 40-х - начале 50-х годов в Европе и Америке наблюдалась четкая тенденция к расширению как абсолютных, так и относительных показаний к операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. К абсолютным показаниям были отнесены язвенные кровотечения в анамнезе. Это было обусловлено, с одной стороны, недостаточной эффективностью консервативного лечения, а с другой - усовершенствованием хирургической техники, снижением послеоперационной летальности и благоприятными отдаленными результатами резекции желудка. Среди относительных показаний выделялись так называемые социальные, когда больной в силу материально-экономических и социально-бытовых условий не в состоянии соблюдать диету и принимать амбулаторное и стационарное квалифицированное лечение. Такой подход к выбору показаний к операции не раз был осужден в отечественной литературе, часто только с идеологических позиций. Жизнь показывает, что социальные показания к хирургическому лечению забывать еще рано, особенно с учетом широкого распространения органосохраняющих операций, как правило, не приводящих к инвалидизации пациентов.

Однако при установлении показаний

к операции следует учитывать опыт и мнение старых авторов, свидетельствующих о том, что отдаленные результаты операций при неосложненных язвах, особенно с коротким анамнезом, хуже, чем при наличии вызванных язвой осложнений. На это указывали Е.Л. Березов (1934), С.И. Спасокоцкий (1937). Е.Л. Березов так объяснял причину этого явления: «В тех случаях, где имеются резкие анатомические изменения, там, очевидно, местные проявления зашли так далеко, что общие отходят на задний план, и, освобождая больных от этих местных проявлений заболевания, мы своей операцией делаем большую часть дела, а уж затем общие проявления долечиваются в последующем (диета, курорт). Там же, где анатомические изменения ничтожны, где местные проявления болезни являются только небольшой частью страдания, там операция не может дать значительного эффекта...»

Взяв за основу классификацию Е.Л. Березова и исходя из собственного опыта хирургического лечения язвенной болезни с учетом распространения новых консервативных и оперативных методов, мы предлагаем следующую схему показаний к оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Абсолютными показаниями к операции являются тяжелые осложнения язвенной болезни: 1) перфорация язвы; 2) рубцово-язвенный стеноз привратника и двенадцатиперстной кишки; 3) профузное язвенное кровотечение, не поддающееся консервативной остановке, в том числе и эндоскопической.

Условно абсолютными показаниями являются следующие осложнения: 1) пенетрация и прикрытая перфорация язвы; 2) повторение язвенного кровотечения во время стационарного лечения или повторные кровотечения в анамнезе; 3) перфорация язвы в анамнезе, возобновление клинической картины язвенной болезни; 4) рецидивные язвы после ваготомии и резекции желудка (пептические язвы гастроэнтероанастомоза); 5) гигантские и каллезные язвы, не поддающиеся комплексному консервативному лечению в течение 2-3 мес; 6)

постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки.

Относительные показания: 1) неосложненная язва двенадцатиперстной кишки с выраженным болевым синдромом и диспепсическими явлениями при условии неэффективности всего комплекса консервативного лечения в течение 2-3 лет; 2) неосложненная язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в сочетании с другими заболеваниями пищеварительного тракта, требующими оперативного лечения.

Распределив показания к операции, таким образом, мы исходили из следующих соображений. Осложнения, которые мы отнесли к числу абсолютных показаний к операции, являются опасными для жизни и, как правило, не поддаются консервативному лечению. Во всяком случае у таких больных риск заболевания превосходит риск операции, а шансы на выздоровление без нее настолько ничтожны, что попытки использовать их, тем более в современных условиях, следует признать бессмысленными. Известен и до сих пор некоторыми хирургами используется метод Тэйлора консервативного лечения перфоративных язв (постоянная аспирация содержимого из желудка на фоне массивной антибактериальной терапии), но ввиду ненадежности и опасности такой метод мы категорически не рекомендуем использовать. Язвенный стеноз привратника, ярко проявляющийся клинически и рентгенологически, может иметь не столько рубцовую, сколько воспалительную природу, и консервативное лечение иногда может на какое-то время облегчить состояние больного, но рассчитывать на это не приходится. Как правило, прогрессирующие метаболические нарушения приводят пациента на операционный стол, только в еще худшем состоянии, чем исходное.

Профузное язвенное кровотечение можно пытаться остановить консервативно, применяя в комплексе мероприятий вынужденно массивные гемотрансфузии. Отказ от операции в таких случаях обычно мотивируют тяжелым общим состоянием больного, его преклонным возрастом, наличием сопутствующих серьезных забо-

леваний. Однако такая тактика чаще всего приводит к смерти больного не от кровопотери, а от осложнений, связанных с ней и с переливанием больших количеств донорской крови (ДВС-синдром, острая почечная недостаточность и др.).

Выделение условно абсолютных показаний к операции, по нашему мнению, также оправданно. Консервативное лечение этих осложнений язвенной болезни вполне возможно и в значительной степени может облегчить состояние больного на какой-то срок, но не гарантирует стойкого, а тем более полного излечения и должно скорее служить целям предоперационной подготовки. Мы отнесли к условно абсолютным показаниям рецидивы язвы после ваготомии и резекции желудка исключительно на основании собственного опыта. Если первые из них еще как-то поддаются консервативному лечению (да и то при условии правильно выполненной ваготомии, в чем нельзя быть уверенным, если пациент оперирован в другой больнице), то при вторых оно только оттягивает реконструктивную операцию и приводит к тяжелым осложнениям, как правило, к кровотечению или перфорации.

Постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки ввиду своих ярко выраженных отрицательных особенностей клинического течения, таких как устойчивость к консервативной терапии и склонность давать тяжелые осложнения, по нашему мнению, также следует лечить только хирургическим путем.

Как и большинство хирургов, мы придерживаемся классического варианта относительных показаний, но дополнили эту группу неосложненной язвенной болезни в сочетании с другими заболеваниями пищеварительного тракта, требующими хирургического лечения. К ним относятся: кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и тяжелый рефлюкс-эзофагит, некоторые виды параэзофагеальных грыж, далеко зашедшие стадии кардиоспазма, хронический калькулезный холецистит, дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки (с явлениями дивертикулита), доброкачественные опухоли желудка и брюш-

ной части пищевода и др.

Выбор оперативного метода лечения для каждого больного представляет определенные трудности, связанные преимущественно с недостаточным пониманием тонкостей конкретной патологии.

После определения показаний к хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки настала необходимость аналитическим путем и на основании нашего клинического материала научно обосновать и конкретизировать показания к резекции желудка по Бильрот-I при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Прежде всего, мы считаем, что по каким бы показаниям ни делалась операция (абсолютным, условно абсолютным или относительным), необходимо стремиться к тому, чтобы она была дефинитивной, т.е. окончательной, радикальной. Одним из первых стал делать резекцию желудка при перфоративных язвах С.С. Юдин. Противопоказанием к этой операции у больных с перфоративными язвами он считал только технические трудности и малый опыт хирурга. Он писал, что выздоровевшие после резекций оказываются не только спасенными от перитонита, но и излеченными окончательно от язвы. То же самое можно сказать и о язвах, осложненных профузным кровотечением. Опасность несостоятельности швов после резекции по поводу кровоточащей язвы преувеличена.

Обычно при решении произвести резекцию желудка по Бильрот-I при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки учитывают различные факторы. Среди них на первое место мы поставили анатомо-морфологические особенности язвенного процесса. К ним следует причислить локализацию, размеры, число язв и наличие тех или иных осложнений. Другие факторы, такие как особенности желудочной секреции, предрасположенность больного к развитию постгастрорезекционных расстройств, общее состояние больного, пол, возраст, сопутствующие заболевания, по нашему мнению, играют меньшую роль.

Многие хирурги при язве двенадцатиперстной кишки предпочитают выполнять

резекцию желудка без ваготомии. Такой подход правомерен, но только при соблюдении всех основных правил и тонкостей техники выполнения операции. С.С. Юдин писал, что задачи радикальной операции не могут ограничиваться удалением видимой язвы, а должны быть направлены на иссечение всей язвенной зоны - это область всей малой кривизны желудка и начальная часть двенадцатиперстной кишки. Таким образом, следует иметь в виду, что при дуоденальной язве резекция желудка должна быть обширной, не менее 2/3; она может быть даже обширнее, чем при язве желудка, поскольку необходимо коренное изменение кислотопродукции в сторону ее уменьшения. Касаясь уровня резекции, С.С. Юдин писал, что вопрос этот имеет первостепенное значение; и горький опыт уже достаточно показал, что именно экономные резекции влево приводили к рецидивам и образованию пептических язв соустья. Во всех случаях пептических язв после прежних резекций отмечена явная экономность произведенной гастрэктомии.

Как отмечал В.В. Сумин, преимущество резекции желудка по Бильрот-I становится очевидным при сопоставлении её с таковой по способу Бильрот-II, однако первый способ имеет ряд противопоказаний. Это, прежде всего, технические возможности выполнения операции, которые зависят от локализации язвы и встретившихся патологоанатомических изменений.

При язве двенадцатиперстной кишки имеют место технические трудности выполнения резекции по методу Бильрот-I в связи с тем, что осложненная язва включает в себя элементы воспаления и инфильтрации тканей.

Таким образом, многие исследователи считали, что препятствиями к резекции желудка по Бильрот-I являются необходимость широкой мобилизации двенадцатиперстной кишки и одновременно достаточно широкой резекции желудка, без чего затрудняется создание гастродуоденального анастомоза без натяжения, особенно при инфильтрации тканей. При способе Бильрот-I несомненно может увеличиться опасность оставления язвы двенадцатиперстной

кишки. При уже созданном гастродуоденальном анастомозе из-за выпрямления линии между входом и выходом из желудка создаются условия для очень быстрой эвакуации пищи и возникновения демпинг-синдрома. Наконец, недостаточно широкая резекция желудка при модификации Бильрот-I может привести к резкому возрастанию числа рецидивных язв.

Также считалось, что нарушение моторно-эвакуаторной деятельности двенадцатиперстной кишки в виде дуоденостаза, выявленное перед операцией, диктует необходимость закончить резекцию желудка по Бильрот-II с использованием У-образного анастомоза (А.П. Мирзоев, М.А. Петушинов, 1968).

При хроническом панкреатите также не рекомендуется включение двенадцатиперстной кишки в пассаж пищи, так как это нередко усиливает страдание.

Однако нами на основании собственного опыта достаточное внимание было уделено проблеме так называемых "трудных" язв двенадцатиперстной кишки.

Тенденция к повышению технической сложности оперативного лечения язвенной болезни связана с наличием в арсенале медицины современных эффективных противоязвенных препаратов, что приводит к не всегда оправданному сужению показаний к плановому хирургическому лечению. В определенной степени происходит переориентация хирургии язвенной болезни в сторону ургентной хирургии язвенных осложнений. Большинству больных операции производят по абсолютным показаниям на фоне длительного язвенного анамнеза.

Необходимость выделения в отдельную группу "трудных" язв двенадцатиперстной кишки, требующих специальных приемов и методов операций, обоснована R. Chung и L. Denbesten, считавших, что сложность лечения таких язв обусловлена двумя основными причинами: опасностью выделения язвы, так как рубцовый процесс может сместить, исказить, скрыть соседние образования, и трудностью закрытия дуоденальной культи в условиях нехватки тканей.

Техническую сложность операции

при "трудной" язве двенадцатиперстной кишки обуславливает стремление удалить язву, так как одним из основных принципов резекции желудка при язвенной болезни является именно удаление язвы из просвета кишки, ее экстерриторизация.

Традиционно в хирургии язвенной болезни применяется резекция желудка по Бильрот-II в различных модификациях, в актив которой можно занести отработанную методику выполнения и низкий показатель рецидивов язвенной болезни - менее 1%, по данным литературы. Однако "ахиллесовой пятой" этой операции, по выражению Финстерера, является этап ушивания культи двенадцатиперстной кишки, который в условиях "трудной" язвы превращается в чрезвычайно сложную процедуру, часто требующую нестандартных решений и приемов.

С 1960 по 1980 г. предложено свыше 30 (!) методик ушивания культи двенадцатиперстной кишки, само число которых свидетельствует об актуальности проблемы, отсутствии надежного способа, гарантирующего от несостоятельности швов. Неудовлетворенность результатами резекции желудка в модификации Бильрот-II в условиях "трудной" язвы подкрепляется высоким процентом развития грозного осложнения - несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, являющейся основной причиной смерти больных после этих операций. Частота несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка при "трудной" язве достигает 10%.

Сложность резекционного метода лечения побуждает некоторых авторов при низких и пенетрирующих язвах отказаться от резекции желудка в пользу различных вариантов ваготомии с пилоропластикой либо вынуждает выполнять резекцию желудка на выключение.

Ваготомия с пилоропластикой при "трудных" дуоденальных язвах не решает проблемы. С одной стороны, большое количество рецидивов, достигающее 30% и более, с другой - техническая сложность пилоропластики в условиях рубцовой деформации и пенетрации язвы, сопостави-

мая со сложностью ушивания культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка.

Резекция желудка на выключение при осложненной язвенной болезни неприемлема, так как чревата рецидивом кровотечения.

Встречаются сообщения об успешном применении в условиях "трудной" язвы резекции желудка по Бильрот-I с формированием гастродуоденоанастомоза конец в конец, что позволило авторам добиться значительного снижения летальности и констатировать практически полное отсутствие несостоятельности анастомоза. Число подобных сообщений невелико, поэтому решение проблемы выбора метода операции в условиях "трудной" язвы двенадцатиперстной кишки требует дальнейшей работы в этом направлении.

Мы располагаем опытом резекции желудка по Бильрот-I у 25-ти больных с так называемой «трудной» язвой двенадцатиперстной кишки. У этих больных резекцию желудка проводили с определенными техническими трудностями, вызванными особенностями течения рубцово-язвенного процесса и нарушением анатомических взаимоотношений в зоне луковицы двенадцатиперстной кишки.

Технические трудности при выделении язвы возникали в следующих случаях:

1. Язвы постбульбарной и базально-луковичной локализации (так называемые "низкие" язвы);

2. Язвы, пенетрирующие в поджелудочную железу, печеночно - двенадцатиперстную связку, желчные протоки и другие образования, а также язвы, сопровождающиеся выраженным рубцовым перипроцессом;

3. Язвы, осложненные распространенным вплоть до постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки рубцово-воспалительным процессом, в том числе протяженным стенозом;

4. Язвы в массивном воспалительном инфильтрате;

5. Рецидивные язвы после ушивания перфоративных отверстий и различных вариантов ваготомии с пилоропластикой.

Операцией выбора при "трудной" язве мы считаем резекцию желудка по Бильрот-I с наложением гастродуоденоанастомоза конец в конец. Выполнение резекции желудка по Бильрот-I при "трудной" язве двенадцатиперстной кишки продиктовано не столько стремлением создать физиологичный пассаж пищевых масс через двенадцатиперстную кишку, что обеспечивает низкую частоту постгастро-резекционных синдромов в отдаленном периоде, сколько преимуществами гастродуоденоанастомоза конец в конец по сравнению с любой методикой ушивания культи двенадцатиперстной кишки.

Основным аргументом является отсутствие необходимости широкой мобилизации культи двенадцатиперстной кишки, которая потребовалась бы для ее ушивания классическим трехрядным швом. Как следствие уменьшается опасность повреждения желчных и панкреатических протоков. Кровоснабжение культи двенадцатиперстной кишки при ушивании хуже, так как при формировании лоскутов производится их мобилизация на протяжении 15—20 мм. При ушивании культи в трудных ситуациях создается большое натяжение сшиваемых тканей.

Наличие гастродуоденоанастомоза дает возможность дренировать двенадцатиперстную кишку в послеоперационном периоде, что способствует снижению интрадуоденального давления, а, следовательно, профилактике несостоятельности швов.

Таким образом, по результатам наших исследований, резекцию желудка по Бильрот-I в тех или иных модификациях имеется возможность применять в большинстве случаев язвенной болезни двенадцатиперстной кишки по абсолютным, условно абсолютным и относительным показаниям (табл. 1).

На основе вышеизложенных показаний к резекции желудка по Бильрот-I при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки желудка в НХЦ МЗ КР за период с 2000 года по 2010 год было прооперировано 215 больных.

Таблица 1. - Показания к резекции желудка по Бильрот-I при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

ВИДЫ ПОКАЗАНИЙ	ПОКАЗАНИЯ	КОЛ-ВО	%
Абсолютные	Перфорация.	51	23,7
	Профузное кровотечение	47	21,9
	Стеноз любой степени	43	20,0
Относительные	Пенетрация	34	15,7
	Рецидив после ушивания	9	4,2
	Кровотечение в анамнезе	7	3,3
	Сочетание язвы желудка и ДПК	13	6,1
	Длительный анамнез и безуспешность консервативной терапии	11	5,1
ВСЕГО		215	100

При абсолютных показаниях склонность больных к нарушениям деятельности кишечника (энтероколит, колит), демпинг-синдром, дисфункции вегетативной нервной системы не могут явиться препятствием для проведения трубчатой резекции же-

лудка.

Противопоказанием к резекции желудка по Б-I при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки мы считаем только 1 фактор - синдром Золлингера—Эллисона.

УДК 617.586-02:616.379-008.64-08-039.71

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОНЦЕНТРАЦИЙ ОЗОНА ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**Жолдошбеков Е.Ж., Сыдыков Б.А.****Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева. г.Бишкек,
Азиатский медицинский институт им. С.Тентишева. г.Кант**

Резюме. В последние годы все активнее используется различные концентрации озона в лечении хирургической инфекции. Под наблюдением находились 186 больных, которые получали озонированный физиологический раствор поваренной соли в дозе 3-4 мкг/мл внутривенно и 8-10 мкг/мл для обработки раны. После очищения раны накладывали повязки с озонированным маслом в дозе 2 мкг/мл.

Ключевые слова: гной, хирургия, озонированный раствор, рана

Effectiveness of different concentrations of ozone in purulent complications of diabetic foot.**Joldoshbek E.Zh., Sydykov B.A.****Kyrgyz State Medical Academy named I.K.Ahunbaev. Bishkek,****Asian Medical Institute named S.Tentishev. Kant**

Summary. In recent years increasingly used different concentrations of ozone in the treatment of surgical infection. The observation involved 186 patients who received ozonized physiological saline solution at a dose of 3- 4 mg / ml intravenously and 8-10 mg / ml for the treatment of wounds. After cleansing the wound bandage with ozonized oil at a dose of 2 mg / ml.

Key words: pus, surgery, ozonated solution, the wound, neuropathy, ischemia.

В лечении больных с гнойной хирургической инфекцией все чаще используют озонированные растворы. Согласно литературным данным он обладает бактерицидным, противовирусным, противовоспалительным свойствами. Стимулирует энергетический и пластический обмен путем утилизации кислорода, улучшает оксигенацию тканей и, соответственно, процессы регенерации. Озонированные растворы используя внутривенно, внутриартериально, лимфотропно и местно отмечают высокую эффективность (Т.С. Качалина 2000; А.М. Лызинов 2006; У.З. Загиров и соавт., 2008; И.К. Газин, 2008; Б.М. Уртаев и соавт., 2008).

Целью данной работы явилось определение эффективности использования озонированных растворов у больных с осложнениями синдрома диабетической стопы.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 186 больных. У 14 (16,3%) был диабет в стадии компенсации, субкомпенсация у 74 (39,8%)

и декомпенсация - у 98 (52,7%) пациентов. В 91 (49,0%) случае выявлена нейропатическая, в 27 (14,5%) - ишемическая и в 68 (36,5%) - смешанная форма СДС.

Подавляющее количество больных госпитализированы с трофическими язвами стопы (121 больных, 65,0%), с гангреной стопы 11 (5,9%) пациентов, гангреной пальцев стопы 28 (15,0%), флегмоной стопы 17 (9,1%) и остеомиелитом 9 (4,8%).

Для оценки эффективности проводимого лечения нами обследована группа контроля 151 больных. По полу, возрасту и характеру основного заболевания они были идентичны друг другу.

При поступлении больные консультировались эндокринологом для коррекции сахара крови и достижения стойкой компенсации. Более половины больных были переведены на простой инсулин, так как действие его короткое и легче подобрать дозу. Проводили детоксикационное, общеукрепляющее лечение. Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувстви-

тельности микрофлоры. Наряду с этим больные получали местную и общую (внутривенную) озонотерапию. Для этого 400 мл физиологического раствора поваренной соли озонировали путем барботирования при помощи аппарата «Мадис-1» В зависимости от времени барботирования растворы получали концентрацию озона 3-4 мкг/мл (для общей озонотерапии) и 8-10 мкг/мл для обработки ран. Озонированный раствор с концентрацией озона 3-4 мкг/мл вводили внутривенно по 20-30 капель в минуту ежедневно по 400мл. На курс назначали 8-10 внутривенных вливаний и наряду с этим рану обрабатывали озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и с этим же раствором накладывали повязки до очищения раны, а после очищения накладывали повязки с озонированным маслом до полного заживления.

Мы остановились для обработки ран на концентрации озона 8-10 мкг/мл, так как по данным Р.Асылбашева (2005), который, изучая действие озонированных растворов различной концентрации на микрофлору ран, установил, что оптимальной концентрацией является 8-10 мкг/мл.

Озонированное масло разработано Институтом физики НАН КР (патент №

119305). Озон в масле сохраняется в течение года, что создает возможность использования его длительное время. Для стимуляции репаративных процессов в ране применили концентрацию озона – 2,0 мкг/мл.

Для контроля эффективности проведено исследование лейкоцитарного индекса интоксикации, цитологическое исследование отпечатков из раны, измерение ее площади, макроскопическое характеристика изменений в ране в разные сутки.

Результаты и обсуждения. У больных СД течение раневого процесса отличается вялым течением. Раневой экссудат большей частью состоял из значительного числа дегенеративных нейтрофилов и небольшого числа бластных клеток. В период очищения в ране появлялись в небольшом количестве и другие клеточные элементы. При поступлении некротический тип цитограммы был у 55 (43,0%) больных, регенераторный не был обнаружен ни у одного. Вялотекущий, т.е. дегенеративно-воспалительный тип у - 39 (30,5%), а на 12 сутки некротический тип был у 11(8,6%), регенераторный - у 56 (43,8%) пациентов.

Таблица 1. - Сравнительный анализ клинических показателей раны у больных СДС основной и контрольной группы

Характеристика ран (в сутках)	Группа больных	
	контрольная группа M1 ± m1	основная группа M2 ± m2
Спадение отека	6,1±0,7	4,4±0,06
P	M1 - M2 < 0,05	
Уменьшение гиперемии	7,3±0,2	4,1±0,09
P	M1 - M2 > 0,05	
Уменьшение отделяемого	6,8±0,8	6,1±0,3
P	M1 - M2 < 0,01	
Полное очищение ран	13,1±0,05	11,3±0,4
P	M1 - M2 > 0,05	
Появление грануляции	13,3±0,1	11,1±0,2
P	M1 - M2 < 0,05	
Начало эпителизации	15,1±0,1	12,4±0,5
P	M1 - M2 < 0,01	
Сроки пребывания больных на койке	30,4±1,5	22,5±1,2

Исследования, выполненное нами по определению площади ран показали, что

общая площадь раны этой группы составила 146,5±1,3мм², а к 10 суткам она

уменьшилась до $125,9 \pm 0,9$ и на 20 сутки составила $78,2 \pm 1,4$. За первые 10 суток площадь раны уменьшилась на 14,1%, к 20 суткам - на 46,7%, т.е. первые 10 дней в среднем рана уменьшилась на 2%, а в последующие сутки - на 3,4%.

При анализе ЛИИ выяснено, что при поступлении он составил 2,85, к 10 суткам - 1,4 и к 20 - суткам 0,5.

Проведенное лечение вызывало улучшение показателей иммуннограммы. К моменту выписки количество В-лимфоцитов приблизилось к норме, более значительным было возрастание количества Т-клеток, иммуноглобулинов А, М, G. Но все же все эти показатели у многих пациентов не достигали нормы к моменту выписки, что свидетельствовало о глубокой угнетенности резистентности организма.

Таким образом, наши исследования показали, что выбор консервативного лечения должен быть индивидуальным с учетом таких показателей, как площадь раны, цитология раны. Используя различные сочетания медикаментозных средств, все же отмечено длительное течение гнойно-воспалительных осложнений, особенно при использовании антибиотиков и местного лечения левомиколем. У больных основной группы, у которых использована местная и общая озонотерапия, эффективность лечения была более высокой, т.е. быстрее очищалась рана, уменьшалась ее диаметр, что отражалось на сроках пребывания больных на койке.

Литература.

1. Асылбашев Р. Программированное

лечение гнойных ран [Текст] / Р. Асылбашев: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2005. – 21.

2. Качалина Т.С. Применение медицинского озона в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов [Текст] / Т.С. Качалина, Н.М. Шахова // Акушерство и гинекология. – 2000. - № 6. – С.22-23.

3. Лызиков А.Н. Модификация аппарата местной дорсанвализации для локальной озонотерапии гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей [Текст] / А.Н. Лызиков, А.Г. Скуратов // Новости хирургии. – 2006. – Т.14, №3. – С.23-32.

4. Газин И.К. Изменение некоторых показателей врожденного иммунитета и иммуотропное действие озонотерапии в сравнении с традиционным лечением больных сахарным диабетом, осложненным гнойно-некротическими поражениями нижних конечностей [Текст] / И.К. Газин, Н.П. Истомин // Иммунология. – 2008. - №3 - С.176-178.

5. Загиров У.З. Клинико-морфологическое обоснование озона в лечении гнойной раны [Текст] / У.З. Загиров, У.М. Исаев, М.А. Салихов // Хирургия. – 2008. - № 12. – С. 24-28.

6. Уртаев Б.М. Лимфотропная озонотерапия в комплексном лазерохирургическом лечении осложненных эктопий шейки матки [Текст] / Б.М. Уртаев, О.Н. Назарова, В.К. Шишло // Хирург. – 2008. - №3. - С.49-54.

ИСТОРИЯ ЗАМЕНЫ НАСТОЯЩИХ ЗУБОВ ИСКУССТВЕННЫМИ**Коомбаев К.К.****Городская стоматологическая поликлиника №4 г. Бишкек**

Резюме. Автор раскрывает последовательность истории появления искусственных зубов вместо утраченных естественных зубов.

Ключевые слова. искусственный зуб, десна, кость, протез.

Таза табигый тиштерди жасалма тиштер менен алмаштыруунун тарыхы

Корутунду. Автор ар кандай себептерден түшүп калган табигый тиштердин ордуна жасалма тиштердин коюлушунун тарыхынын ырааттуулугун ачып берген.

Негизги сөздөр: жасалма тиш, тиш эти, сөөк, протез.

History of natural teeth replacement to false.

Resume. Author opens history sequence of false teeth appearance instead lost natural teeth

Key words: false tooth, gum, bone, prosthesis.

Американская стоматологическая ассоциация сообщает, что почти одна десятая часть всего населения Соединенных Штатов потеряли все свои зубы.

Если взять всю историю человечества, наберется большая компания. Археологи обнаружили свидетельства зубных болезней и потери зубов у всех древних и доисторических людей. Гнилые зубы были обнаружены в черепе неандертальца. А одна египетская мумия, как показал диагноз, страдала болезнью десен, абсцессами и имела гнилые зубы.

Стоматология была общепризнанной профессией в Египте еще за 3000 лет до новой эры, а первым известным нам зубным врачом был египтянин по имени Хеси-Ре.

В то время египетская стоматология, скорее всего, была самой передовой в мире, даже тогда зубные врачи выполняли хирургические операции, стараясь спасти больные зубы. Они также прописывали различные порошки для облегчения зубной боли. Но, как бы они ни старались, их методы не всегда могли излечить больной зуб. На самом деле, как кажется, древние дантисты в основном вырывали гнилые и больные зубы. Так возникла необходимость искусственной замены.

Для изготовления искусственных зубов древние использовали разнообразные материалы. Самыми первыми были звери-

ные зубы, подогнанные под размеры человеческих в случае необходимости. Позднее искусственные зубы вырезали из слоновой кости или костей различных животных. Использовались также золотые, серебряные и менее дорогие, деревянные.

В те времена искусственные зубы не укрепляли на основании, как сейчас. Вместо этого их просто скрепляли с оставшимися собственными зубами золотой или серебряной проволокой. Искусственные зубы могли быть закреплены на золотой или серебряной ленте, концы этой ленты заходили за соседние настоящие зубы.

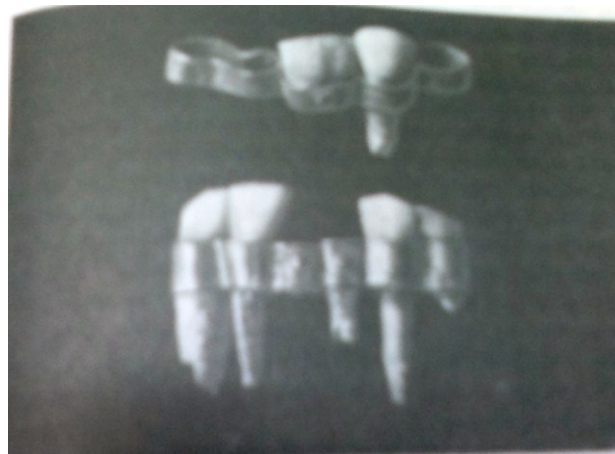


Рис. 1.

Этот тип зубных протезов, должно быть, был популярным в древнем Риме или римские жители, носившие зубные

протезы, были искусственными лоббистами, - поскольку римский закон, принятый в 450г. до новой эры, запрещал хоронить мертвых с драгоценностями, но было сделано исключение для золотых и серебряных приспособлений, предназначенных для ношения искусственных зубов.

Древние зубные протезы были довольно неустойчивы и не очень эффективны. Металлические ленты создавали дополнительную нагрузку для поддерживающих их настоящих зубов и, во всяком случае на современный взгляд, металлические приспособления были довольно неприглядны.

Несмотря на многочисленные недостатки, зубы животных были всегда наилучшими заменителями, и их использование в Средние века преобладало. Недостатка в пациентах не было, поскольку в это время лечение больных зубов было примитивным – часто более примитивным, чем в древние времена. У человека с зубной болью практически не было выбора – зуб приходилось удалять, если он или она были достаточно храбрыми.

Пациенту приходилось быть храбрым, поскольку в средневековой Европе зубы удаляли – без всякой анестезии – парикмахеры, кузнецы и даже бродячие уличные фокусники. Последние делали из этого события целое представление с участием публики.

С течением веков уход за зубами постепенно совершенствовался. Одно из таких усовершенствований коснулось внутривидовой гигиены. Китайцы изобрели современную зубную щетку в 1498 году, а к XVII веку ею начали пользоваться европейцы. До этого они чистили зубы пальцами, зубочистками, сучками деревьев и губками; вместо зубной пасты или порошка использовали различные природные материалы и смеси.

Французы находились в авангарде нового научного интереса, а французскому дантисту Пьеру Фошару (1678-1761) следует воздать должное за то, что он поднял стоматологию на столь высокий уровень, до которого она не поднималась с древнейших времен.

Во времени американской революции профессионально подготовленные зубные врачи из Франции и Англии прибыли в Америку. Очевидно, в них была большая нужда, поскольку люди, посещавшие в то время Америку, часто отмечали ужасное состояние зубов у ее жителей. В то время это объясняли неполноценным питанием, большими перепадами температур и рядом других причин.

Европейские врачи обучили искусству стоматологии американцев. Одним из студентов был, очевидно, и Поль Ревере, который научился изготавливать и поправлять вставные зубы.

Сами вставные зубы, однако, оставались почти такими же примитивными, как во времена Цезаря. Джордж Вашингтон консультировался со многими зубными врачами и все-таки общеизвестно, что его зубные протезы выглядели очень непривлекательно; существует мнение, что именно из-за них его всегда изображали с закрытым ртом.

Зубные протезы Вашингтона соединялись пружинками; ему было трудно удерживать их на месте, особенно во время разговора или еды.

Девятнадцатый век стал свидетелем появления стоматологических материалов и методов, которые, с некоторыми модификациями, применяются и до сих пор.

Фарфоровые зубы стали широко известны в Соединенных Штатах в начале XIX века. Они были изобретены Алексисом Дюшато, который однажды, в 1774 году, решил, что он сыт по горло своими протезами из зубов гиппопотама, почерневшими и дурно пахнущими. Дюшато рассуждал, что, поскольку на фарфоровой посуде не остается пятен от еды, которую на нее кладут, и она не гниет, из такого материала вполне можно изготовить и зубы. Итак, он пошел к изготовителю фарфора и заказал комплект зубов.

Первая попытка оказалась неудачной: в процессе изготовления зубные протезы претерпели усадку. Тем не менее со временем Дюшато изготовил комплект протезов, которые можно было носить. Он пытался изготовить фарфоровые зубы и для других,

но, поскольку не был зубным врачом, он не мог их правильно установить, подогнать.

Итак, на сцене появляется Николас Дюбуа де Кеман, зубной врач, который усовершенствовал и популяризировал процесс. Для тех, кто вынужден был носить зубные протезы из зубов зверей или слоновой кости, новые фарфоровые зубы были благословением Божьим, и де Кеман стал героем. Один из его пациентов, граф, написал в его честь поэму. Она заканчивалась словами: «Да здравствует Кеман, наш друг в нужде!».

Во времена Французской революции де Кеман переехал в Англию, где он стал популярным зубным врачом.

Следующее заметное событие произошло в 1800 году, когда Джеймс Гардетт, американский зубной врач, случайно обнаружил, что зубные протезы могут удерживаться во рту просто всасыванием. Наконец-то было установлено, что не требуется никаких пружинок или проволочек, чтобы удерживать зубные протезы на месте.

При изготовлении первых протезов, состоящих из двух частей, использовали металлический базис. Затем, в 1839 году, Чарльз Гудье, американец, открыл метод отвердения резины путем добавления к ней серы; он назвал процесс «вулканизацией» - в честь Вулкана, римского бога огня. В 1855 году сын Гудье, Чарльз младший, запатентовал процесс изготовления зубных протезов на базисе из вулканизированной резины, ставшей самым распространенным материалом, применяемым для изготовления зубных протезов, вплоть до появления современных синтетических материалов.

Начиная с 1930 года используются также различные виды пластмасс, и в настоящее время многие носят самые со-

временные типы таких пластмассовых зубов.

Первые пластмассовые протезы обесцвечивались и снашивались очень быстро. В наше время применяется усовершенствованный тип пластмасс, акриловая смола. Не отличаясь прочностью и высокой устойчивостью фарфора, более легковесная пластмасса в некоторых обстоятельствах обладает преимуществами. Например, зубной протез из акриловой смолы лучше, чем фарфор, выдерживает силу тяжести в верхней челюсти и меньше изнашивает золотые коронки в нижней челюсти.

Мы можем считать золотые проволочки римлян и пружинки Джорджа Вашингтона очень смешными, но мы конце XX века используем зубные протезы, которые, несмотря на все современные материалы и технологию, основаны на тех же ошибочных принципах, которыми пользовались тысячи лет назад. Зубной протез, древний или современный, который одевается поверх десен, неестествен. Настоящие зубы растут в челюсти, а не поверх нее. Природа меньше всего рассчитывала на зубные протезы у нас во рту.

Литература

1. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология. -3-е изд., испр.- М.: Медицина, 1969.-10с.
2. Оксман И.А. Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов. -Л., «Медицина», 1967.-20с.
3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология. -. М., «Медицина», 1984.-С.6-12.
4. Леонард И. Линков Без зубных протезов. – Санкт-Петербург, 1993.-С.17-24.

НЕДОСТАТКИ СЪЕМНЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

Коомбаев К.К.

Городская стоматологическая поликлиника №4 г.Бишкек

Резюме. Автор раскрывает все недостатки и опасности для организма съемных протезов.

Ключевые слова. протез, полость рта, базис, десна, аллергия.

Кийме тиштердин кемчиликтери

Корутунду. Автор кийме тиштердин бардык кемчиликтерин жана коркунучтарын ачып берген.

Негизги сөздөр: протез, ооз көндөйү, базис, тиш эти, аллергия.

Defects of attachment-stabilized overdenture

Resume. Author opens all defects and danger for overdenture restoration organism.

Key words. prosthesis, oral cavity, basis, gum, allergy.

Существует восемь основных причин, по которым зубные протезы могут сделать тех несчастных, кто их носит, «зубными калеками».

1. Зубные протезы могут неблагоприятно сказываться на вашей внешности. Если зубные протезы сделаны неправильно, то имеют тенденцию оттягивать вниз углы рта, придавая человеку меланхоличное выражение лица, как у классической маски трагедии.

В некоторых случаях зубные протезы создают впечатление толстых щек или двойного подбородка. Иногда пациенты жалуются, что из-за зубных протезов их лица выглядят слишком толстыми или даже распухшими.

2. Ношение зубных протезов требует тренировки. Да, приходится быть осторожным, когда одеваете зубные протезы. Требуется время, чтобы к ним привыкнуть, поскольку они являются инородным телом у вас во рту.

3. Зубные протезы могут мешать вам разговаривать. Затруднения речи можно объяснить тем, что зубные протезы мешают движениям языка. Протезы могут соскальзывать в процессе разговора, и, пытаясь удержать их на месте, человек может издавать неприятные звуки, характерные для всасывания. Протезы могут быть установлены таким образом, что зубы верхней и нижней челюстей при разговоре шелкают друг о друга (иногда это происходит, даже

когда сохраняешь молчание). Единственным светлым моментом остается тот факт, что говорить, имея зубные протезы, все-таки легче, чем совсем без зубов.

4. Зубные протезы могут отрицательно влиять на вашу диету. Многие зубные протезы просто не приспособлены для того, чтобы ели пищу. Настоящие зубы, корни которых имплантированы в десны и окружены костью, способны выдержать гораздо большее давление, чем протезы, надетые поверх десен.

При нормальном жевании настоящие зубы выдерживают в среднем давление в 25 кг. Если потребуется, они могут выдержать давление в 30 кг на квадратный см. При использовании искусственных зубов среднее давление падает до приблизительно 9 кг, а максимальное в любом случае колеблется между 11 и 25кг.

Если вы носите зубные протезы, вы знаете, что эта огромная потеря давления означает, что вам приходится полностью менять свои привычки. Многим приходится полностью отказываться от некоторых блюд, резать пищу на более мелкие кусочки. Приходится осознать, что при жевании выполняются движения вверх-вниз, а не боковые движения. Приходится осторожно распределять еду во рту, чтобы не жевать ее с одной стороны рта.

Некоторые так никогда окончательно и не привыкают к ношению зубных протезов. В результате рацион их пищи, а следо-

вательно, и их здоровье страдают.

5. Зубные протезы могут отрицательно сказаться на вашем кошельке. На самом деле протезы далеко не бесплатны. Даже если не учитывать первоначальный гонорар, их сохранение в должном виде может стоить очень дорого. Говоря о периодических расходах на ремонт, изменение конструкции протезов, на замену, если вы их случайно разбили.

6. Зубные протезы могут поколебать вашу уверенность в себе. Вы не можете чувствовать себя уверенно, если все время боитесь потерять зубные протезы.

Разношенные зубные протезы могут испортить ваш внешний вид, вашу речь и ваше пищеваренье.

Зубные протезы могут плохо сидеть, потому что они неудачно сделаны или их не постарались подогнать как следует, - это прежде всего. Но даже протезы, изготовленные в соответствии с самыми высокими «современными» стандартами, могут не подходить пациентам. У некоторых людей такая структура челюсти, что очень трудно или просто невозможно правильно установить протез: например, почти отсутствующий

или выступающий подбородок или очень узкие и неглубокие выступы (альвеолярные отростки челюсти) ниже десен, которые просто не способны удерживать протез.

Даже протезы, которые с самого начала подошли хорошо, рано или поздно разносятся и ослабнут, если не обращаться с ними с осторожностью.

7. Съемные протезы могут помешать вашему успеху. Вы, понимаете, как трудно скрыть, что вы носите съемные зубные протезы.

Зубные врачи рекомендуют снимать протезы на ночь. Это объясняется тем, что, поддерживая жесткий базис протеза, ткани неба и десен испытывают сильнейшее напряжение. Если же вы снимаете протезы, ткани получают небольшой, но вполне заслуженный отдых.

Для многих пациентов протезы психологически невыносимы. И последствия могут быть самыми серьезными.

8. Зубные протезы могут быть опасными для здоровья. Следует знать о некоторых нарушениях здоровья, связанных с ношением зубных протезов, таких как:

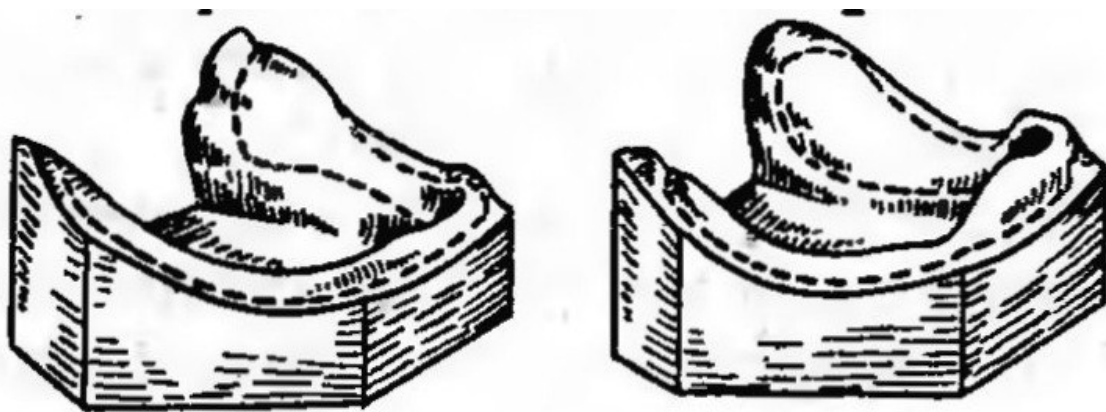


Рис. 1. Атрофия альвеолярного гребня



Рис. 2. Капиллярная гиперплазия

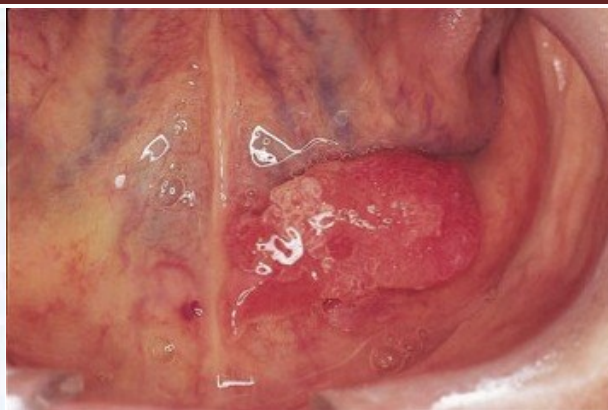


Рис. 4. Рак под язычной области вследствие раздражения съемного протеза.



Рис. 3. Аллергия к материалам, использованным в базе протеза



Рис. 5. Рак под язычной области вследствие раздражения съемного протеза.

Литература

1. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология. – 3-е изд., испр.- М.: Медицина, 1969.-235с.
2. Оксман И.А. Клинические основы протезирования при полном отсутствии зубов. – Л., «Медицина», 1967.-280с.

3. Гаврилов Е.И., Щербаков А.С. Ортопедическая стоматология.- М., «Медицина», 1984.-323с.
4. Леонард И. Линков Без зубных протезов. – Санкт-Петербург, 1993.-С.24-29.

К ВОПРОСУ СЕНИЛЬНОГО ОСТЕОПОРОЗА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Аманалиева Ж.К.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Остеопороз - заболевание скелета, для которого характерны снижение прочности кости и повышение риска переломов. Прочность кости отражает интеграцию двух главных характеристик: МПК и качество кости (архитектоника, обмен, накопление повреждений, минерализация)[2]. Снижение массы костной ткани и нарушение ее микроструктуры приводят к хрупкости кости и легкой подверженности к спонтанным, атравматическим переломам [3].

Каждая третья женщина в климактерическом периоде и более половины лиц в возрасте 75-80 лет страдают остеопорозом [9].

Всего в мире остеопорозом поражены 200 млн. женщин, причем доля больных увеличивается с возрастом [10].

Статистические данные свидетельствуют не только о росте заболеваемости, но и о неуклонном росте числа остеопоротических переломов. Каждые 3 минуты в мире случается перелом, связанный с остеопорозом [4].

К остеопоротическим относят переломы, если они произошли без применения выраженного физического воздействия или при так называемой «минимальной травме», т.е. были низкоэнергетическими, например, при падении с высоты собственного роста и ниже или при травматическом воздействии, при котором у здорового человека перелома не возникнет. При этом наиболее часто поражаются позвонки (46%). На долю переломов шейки бедра приходится 19%, перелома лучевой кости – 15%, другие локализации – 19% [6].

В конце XX-го века проявилась принципиально новая демографическая ситуация, характеризующаяся увеличением в общей мировой популяции абсолютной численности и доли лиц старшего возраста. По прогнозам Фонда ООН в области наро-

донаселения, эта устойчивая влиятельная тенденция будет прогрессировать, и к середине текущего века число пожилых людей на нашей планете увеличится в 10 раз, превысив 1 млрд 500 млн человек. Такие демографические изменения могут сопровождаться увеличением числа остеопоротических переломов с 1,5 млн в 1990 г. до 4,5–6,3 млн в 2050 г. [5].

Перелом проксимального отдела бедра является наиболее серьезным остеопоротическим переломом, частота которого существенно возрастает с увеличением возраста. У женщин распространенность значительно увеличивается с 70–74 лет.

Последствия переломов шейки бедра катастрофические: 20% больных погибают в течение полугода, у половины выживших после перелома бедра снижается качество жизни, а треть нуждаются в длительном уходе и оказываются в зависимом состоянии [8].

85% случаев остеопороза составляют постменопаузальный и сенильный остеопороз. Сенильный остеопороз характерен для мужчин и женщин старше 70 лет.

Несмотря на то, что постменопаузальный и сенильный остеопороз относятся по принятому ранее определению к инволюционному остеопорозу, они имеют разные патогенетические механизмы, отличия в клинических проявлениях и осложнениях. Для постменопаузального остеопороза (I тип) характерна гораздо большая потеря губчатой ткани по сравнению с компактной: отмечено преобладание переломов позвонков и дистального отдела лучевой кости. Сенильный остеопороз (II тип) затрагивает как трабекулярную, так и кортикальную костную ткань, часто приводит к переломам шейки бедренной кости, а также тел позвонков, проксимальных отделов плечевой и большеберцовой кости [7].

По данным Национального Статистического Комитета Кыргызской Республики численность лиц старше 70 лет также имеет тенденцию к росту. Так, если в 1990г. численность населения в возрасте 70 лет и старше составляла 141241, в 2000 г.-167044, то в 2010 г.-181532 человек.

Рост демографических показателей страны, прямопропорционально повлечет за собой рост сенильного остеопороза со всеми его последствиями, наиболее грозными из которых являются переломы проксимального отдела бедра.

Большая работа возлагается на первичный уровень, где семейные врачи должны тщательно заниматься с пациентами старших возрастных групп, в плане выявления факторов риска сенильного остеопороза, переломов и падений и, соответственно, воздействия на них с целью улучшения качества жизни.

Разбор вопроса факторов риска сенильного остеопороза, переломов тесно связан с факторами риска падений, скрупулезный анализ которого не должны игнорировать врачи первичного уровня. Исследованиями уже доказано, что для переломов при сенильном остеопорозе более значим фактор падения, чем даже снижение минеральной плотности костной ткани [1]. Выяснение внутренних (возрастные изменения систем, поддерживающих равновесие тела, синдром слабости, неврологические и соматические заболевания, прием некоторых лекарственных средств) и внешних причин (недостаточная освещенность помещений, неровная или скользкая поверхность пола, неудобная обувь и т.д.), подход к устранению или снижению их воздействия даст возможность снизить риск переломов в этом возрасте.

Безусловно, медико-социальные аспекты последствий сенильного остеопороза должны привлечь внимание общественности, как представителей медицины, (начиная с терапевта, травматолога, кончая специалистами управления здравоохранения),

органов власти, так и самого населения. Должна быть правильная информированность о заболевании, его осложнениях, о мерах профилактики и лечения, с целью улучшить качество и продолжительность жизни каждого человека, который вступит за эту возрастную черту.

Литература:

1. Jarvinen TLN, Sievanen H, Khan KM, Heinonen A, Kannus P.: Shifting the focus in fracture prevention from osteoporosis to falls.// *British Medical J.*, Vol.336; 2008: 124–126.
2. NIH Consensus Development Conference on Osteoporosis: Prevention, Diagnosis and Therapy.-*JAMA*; №287-2000: 785-795.
3. Беляева Е.А. «Остеопороз в клинической практике: от своевременного диагноза к рациональной терапии» // *Consilium Medicum* том 11 №2- 2009.
4. Зоткин Е.Г., Мазуров В.И. «Роль кальция и витамина Д в глобальной профилактике остеопороза и остеопоротических переломов» // *РМЖ* том 12 №7-2004: 476.
5. Крюкова И.В., Марченкова Л. А., Древаль А. В. «Остеопороз и его медико-социальные последствия: можно ли остановить «немую эпидемию»?» // «*Consilium medium*»том 13 №2- 2011.
6. Лесняк О.М. «Падения как важная составная часть проблемы переломов у пожилых людей» // *РМЖ* том16 №17-2008: 1142.
7. Маличенко С.Б., Королевская Л.И. «Первичный остеопороз» // *РМЖ* том 12 №7-2004: 483.
8. Ритлз Б.Л., Мелтон Л. Д. «Остеопороз. Этиология, диагностика, лечение» // М.: Бином, 2000.
9. Торопцова Н.В., Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. «Проблема остеопороза в современном мире» // *РМЖ* том 13 №24-2005: 1582.
10. Сайт Международного Фонда остеопороза www.iofbonehealth.org

СЕНИЛЬНЫЙ ОСТЕОПОРОЗ, ПЕРЕЛОМЫ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА – МЕДИЦИНСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

(обзор литературы)

Аманалиева Ж. К.**Кыргызский государственный медицинский институт
переподготовки и повышения квалификации**

Остеопороз - одна из глобальных проблем общественного здравоохранения. Безмолвное поначалу течение остеопороза зачастую заканчивается переломами костей, инвалидностью и смертью людей пожилого возраста. Высокая распространенность этого заболевания, тяжелые социальные последствия, снижение качества жизни, большие затраты на лечение переломов у людей старших возрастных групп послужили основанием для признания остеопороза значимой социальной проблемой [11].

Сенильный остеопороз - широко распространенное заболевание, приводящее к тяжелым и опасным для жизни осложнениям – переломам периферических костей, тел позвонков, проксимального отдела бедра. Из них наиболее серьезными являются переломы шейки бедра, которые обычно возникают у ослабленных больных пожилого и старческого возраста [4]. Частота перелома проксимального отдела бедра существенно возрастает с увеличением возраста. По прогнозу Международного Фонда остеопороза в связи с демографическим ростом к 2050 г. ожидается увеличение числа пациентов с переломом шейки бедра среди мужчин на 310%, среди женщин – на 240% [6].

Перелом проксимального отдела бедра в большинстве случаев происходит при падении из положения стоя, хотя в некоторых случаях может возникнуть и спонтанно [2]. Такие переломы сопровождаются снижением независимости человека, длительным болевым синдромом, ограничением движений, депрессией, уменьшением продолжительности жизни [3].

По данным исследований, проведенных в разных популяциях, смертность в течение первого года после перелома шейки бедра составляет от 12 до 40% [3]. Из вы-

живших пациентов более 60% становятся инвалидами [1], боятся выходить из дома около 40%, и 80% больных нуждаются в посторонней помощи [3].

Основной причиной таких последствий является отсутствие стандартов специализированной помощи больным с переломами шейки бедра. Во многих странах низкие показатели уровня госпитализации пациентов с переломами шейки бедра (в зависимости от региона составляющий от 25 до 40%) и хирургической активности [5]. Хирургическое лечение, в частности, эндопротезирование тазобедренного сустава, являющееся современным стандартом оказания помощи, которое должно проводиться всем пациентам с переломами шейки бедра в первые дни после травмы, получает только ограниченное число больных. Например, по данным проведенного «Аудита состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010» в России хирургическое лечение получает только 13% перенесших перелом шейки бедра; по оценке грузинских исследователей доля госпитализированных с переломами шейки бедра не превышает 25%; в Казахстане госпитализируется менее 50% больных с переломами бедра, и только 30% госпитализированных получают эндопротезирование. В Кыргызстане далеко не всем пациентам, получившим перелом проксимальной части бедра, оказывается квалифицированная медицинская помощь. Госпитализируется 50% больных. Лишь около 20% пациентов получают оперативное лечение [5].

Выздоровление обычно происходит медленно и реабилитация часто не достаточна, поэтому многим пациентам необходим постоянный уход. В России из выживших больных 33% больных остаются прикованными к постели, а 42% ограниченно

активны; только 15% самостоятельно выходят из дома, и лишь 9% возвращаются к уровню активности, предшествовавшему перелому [5]. В проспективном исследовании пациентов с переломом шейки бедра только 8% были способны подниматься по ступенькам в отличие от 63% до перелома и только 6% могли пройти около 500 метров по сравнению с 41% до перелома [2]. В исследовании «Случай-контроль» пациенты с переломом шейки бедра через 2 года после перелома были в 4,2 раза более ограничены в функциональной активности в обществе и в 2,6 раза более функционально зависимы по сравнению с контролем [12].

Особой проблемой для пожилых больных и их семей становится быстрое прогрессирование когнитивных нарушений после перелома бедра вследствие социальной изоляции, возникшей из-за ограничения жизненного пространства и круга общения после утраты возможности самостоятельного передвижения [1].

Лечение остеопороза и ассоциирующихся с ним переломов связано со значительными финансовыми затратами. Остеопороз имеет наиболее высокие показатели затрат на госпитализацию среди заболеваний, приводящих к постельному режиму вследствие серьезных осложнений [3]. И среди них лечение переломов проксимального отдела бедра требует наибольших материальных вложений.

В Европе прямые затраты на ведение остеопоротических переломов в 2000 г. составили 36,3 млн евро, 2/3 данных расходов были связаны с лечением переломов проксимального отдела бедра. Если учесть демографические тенденции, то к 2050 г. сумма может возрасти до 76,9 млн евро, а с учетом возможности повышения частоты переломов рост затрат может быть более значимым [10]. В США затраты по этой статье составляли 20 млн дол. за 2000 г [13].

Возраст больного также является важным фактором, влияющим на стоимость лечения, поскольку она увеличивается с возрастом [8]. Средняя стоимость лечения одного пациента с переломом проксимального отдела бедра (в ценах на 1999–2000

гг.) в Великобритании составляла 13 519 фунтов стерлингов в первый год после травмы и 5291 – во второй, всего 18 810 фунтов на каждый случай перелома [2].

Переломы шейки бедра обходятся здравоохранению дороже в связи с большей длительностью госпитализации и необходимостью последующего патронажа. В Австралии затраты на лечение переломов шейки бедра составляют 63% расходов на все случаи остеопороза. Для Европы в целом эта цифра достигает 67%. В Голландии затраты на лечение переломов шейки бедра составляют 85% расходов на стационарную помощь пациентам с остеопорозом, из которых 80% уходит на обслуживание. В Великобритании на переломы шейки бедра приходится 90% всех койко-дней, связанных с ОП что обусловлено длительным пребыванием пациентов с данными переломами в стационаре [2].

В России в 2008 г. стоимость стационарного лечения одного случая перелома проксимального отдела бедра с операцией эндопротезирования тазобедренного сустава составляла 120000 рублей (4000 дол. США); в Казахстане средняя стоимость лечения больного с переломом проксимального отдела бедра, включая эндопротезирование сустава – 4700 дол. США; в Кыргызстане средняя стоимость операции остеосинтеза при переломе проксимального отдела бедра – 220–660 дол., а эндопротезирования – 500–2000 дол. США [5].

Медико-социальные аспекты сенильного остеопороза – большая проблема общественного здравоохранения. Кроме тяжелого физического и морального ущерба для человека, это большие персональные и общегосударственные затраты на лечение переломов и реабилитацию больных. Существенно снизить частоту переломов, связанных с сенильным остеопорозом, и, следовательно, улучшить качество и продолжительность жизни населения можно только за счет правильной организации лечебно-профилактических мероприятий.

Литература:

1. Беляева Е.А. «Остеопороз в клинической практике: от своевременного диагноза к рациональной терапии» Consilium Medicum том 11, №2 -2009.

2. Крюкова И.В., Марченкова Л. А., Древалъ А.В. «Остеопороз и его медико-социальные последствия: можно ли остановить «немую эпидемию»? «Consilium medium» том 13, №2 -2011.
3. Скрипникова И. А. «ОСТЕОПОРОЗ - медицинская и социальная проблема», Профилактическая медицина, №6- 2009: 10-12.
4. Отчет Европейского Комитета Osteoporosis in the European Community. Action Plan. A report of the key next steps toward a Europe free from fragility fractures. November 2003. «Клиническая фармакология и терапия» 13, 2004: 1.
5. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии 2010. International Osteoporosis Foundation www.iobonehealth.org
6. Сайт Международного Фонда остеопороза www.iofbonehealth.org
7. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence, mortality and disability associated with hip fracture. Osteoporosis International 15, 2004: 897–902.
8. Kanis J.A. et al. Treatment of established osteoporosis: a systematic review and cost-utility analysis. Health Technology Assessment 6, 2002: 1–146.
9. Kanis JA et al. The components of excess mortality after hip fracture. Bone 32, 2003: 468–73.
10. Kanis JA, Johnell O. On behalf of the Committee of Scientific Advisors of the International Osteoporosis Foundation. Requirements for DXA for the management of osteoporosis in Europe. Osteoporosis International 16, 2005: 229–38.
11. Kanis J.A. on behalf of the World Health Organization Scientific Group (2007). Assessment of osteoporosis at the primary health-care level. Technical Report. World Health Organization Collaborating Centre for Metabolic Bone Diseases, University of Sheffield UK 2007: 24.
12. Norton R et al. Declines in physical functioning attributable to hip fracture among older people: a follow-up study of case-control participants. Disability Rehabilitation 22, 2000: 345–51.
13. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. Lancet 359, 2002: 1761–7.
14. Finfern HW, Sykes DP. The hospital cost of a vertebral fracture in the EU: estimates using national data sets. Osteoporosis International 14, 2003: 429–36.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (Обзор литературы)

Сообщение № 1

Абдиев А.Ш.

Национальный хирургический центр МЗ КР (Дир. – акад.. Мамакеев М.М), кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии (Зав. – д.м.н., проф. Сопуев А.А.) КГМА, кафедра хирургических болезней ОшГУ.

Развитие спаечных сращений в брюшной полости после оперативных вмешательств, травм и воспалительных процессов принадлежит к числу нерешённых проблем современной абдоминальной хирургии [7, 9, 12]. Появление большого количества работ, посвящённых этиологии, патогенезу и профилактике спайкообразования в отечественной и зарубежной медицинской литературе, говорит о неугасающем интересе хирургов-исследователей к этой проблеме.

Прошло более трех столетий с тех пор, как в литературе появились первые упоминания о спаечной болезни брюшной полости. Замечено, что спаечные сращения между листками брюшины у одной части людей могут существовать бессимптомно,

у другой - приводить к деформации петель кишечника, создавая механическое препятствие прохождению химуса. Наиболее опасными проявлением спаечной болезни является острая спаечная кишечная непроходимость (ОСКН), требующая неотложных лечебных мероприятий, а в ряде случаев и хирургического вмешательства.

Главными причинами неудач в лечении пациентов с ОСКН являются поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, диагностические и тактические ошибки врачей. Частота диагностических ошибок, даже в условиях стационара, достигает 16 - 34% [20]. Диагностические ошибки в послеоперационном периоде увеличивают послеоперационную летальность [18]. Неудовлетворенность результатами

хирургического лечения при острой кишечной непроходимости (ОКН) заставляет исследователей разрабатывать алгоритмы диагностики, которые с высокой точностью позволяют установить диагноз на ранних этапах заболевания [5].

Диагностика ОКН всегда вызывала и вызывает определенные трудности для практических врачей [6, 10, 22]. Симптоматика при ОКН часто бывает очень скудной. Диагноз целесообразно устанавливать по совокупности признаков, выявленных при сборе анамнеза и физикальном обследовании больного [5, 11].

Как указывают Leung A.M. и Vu H. (2012), при первичной диагностике ОКН должны быть учтены два главных признака: во-первых, указание в анамнезе на оперативное вмешательство на органах брюшной полости, во-вторых, наличие схваткообразных болей в животе. Если присутствие этих двух признаков делает диагноз ОКН вероятным, то имеющаяся тошнота и рвота, не отхождение газов и отсутствие стула повышают его вероятность до уровня практической достоверности. Тем не менее, окончательный диагноз ОКН устанавливается в ходе динамического наблюдения при наличии на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости тонкокишечных чаш Клойбера и симптома аркад, а также замедления или отсутствия пассажа бариевой взвеси по кишечнику [16].

Стадийность в развитии острой кишечной непроходимости отмечали многие авторы, что описано выше. Разумеется, разделение патологического процесса развития ОКН на стадии весьма условно. Тем не менее, в практических целях такое подразделение следует иметь в виду и учитывать в решении тактических вопросов.

Ранняя диагностика ОКН является одним из решающих условий успеха в лечении этого тяжелого заболевания [18]. Наиболее труден для распознавания самый начальный период, когда почти единственным симптомом служит боль, а остальные признаки еще не выражены. Поскольку клинический диагноз ОКН почти всегда является вероятностным, стремиться к уточнению его на догоспитальном этапе

неправомерно. Уже само предположение о наличии у больного непроходимости кишечника служит основанием для неотложного направления и госпитализации его в хирургический стационар [16].

Главной задачей хирурга приемного отделения видится не постановка окончательного диагноза, а формирование программы лечебно-диагностических мероприятий [17, 22]. Эта программа должна включать параллельное проведение диагностических и ранних лечебных мероприятий [8, 9, 19, 21].

Литература

1. Атаев С.Д., Абдулаев М.Р. Хирургия острой кишечной непроходимости в аспекте новых данных ее патогенеза // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 141.
2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В., Мандриков В.В. Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 143 - 144.
3. Брегель А.И., Пинский С.Б. Эндоскопическая диагностика острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 148.
4. Евтихов Р.М., Грошев Н.Н., Никитин В.А., Базанов С.В. Результаты ультразвуковой диагностики при острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 161 - 162.
5. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Чемоданов Е.Б. Алгоритмы дифференциальной диагностики ранней послеоперационной спаечной и динамической кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 165.
6. Жидовинов Г.И., Попова И.С., Ярошенко И.Ф., Писарев В.Б. Синдромная диагностика и лечение острой обтурационной тонкокишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 165 - 166.
7. Ишмутаметов А.И., Кудряшова Н.Е., Проскурина Г.Б., Лебедев А.Г. Оценка моторной функции желудка и кишечника методом скинтиграфии при тонкокишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 171.
8. Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В. Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2003. - № 3. - С. 101 - 106.
9. Кузнецов Н.А., Данилов К.Ю., Харитонов С.В. Возможности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 182.

10. Лаврешин П.М., Афанасьев Е.Н., Тюменцева И.С. Способ диагностики спаечного процесса в брюшной полости // Матер. Всероссийской науч. практ. конф. хирургов. - 2003. - С. 133.
11. Тарасенко Э.И. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость: диагностика, лечение // Анналы хирургии. - 2007. - №. 4. - С. 61 - 65.
12. Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Каланов Р.Г. Оптимизация методов диагностики и выбора хирургической тактики при острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 217.
13. Bailey I.S. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction // Br. J. Surg. - 1998. - N. 1. - P. 84 - 87.
14. Catalano O. The faeces sign. A CT finding in small bowel obstruction // Radiologe. - 1997. - N. 5. - P. 417 - 426.
15. Cueto J. Bowel obstruction in the postoperative period of laparoscopic inguinal hernia (TAPP) repair : review of the literature // J. Sec. Laparoendosc. Surg. - 1998. - N. 7. - P. 277 - 281.
16. Leung A.M., Vu H. Factors predicting need for and delay in surgery in small bowel obstruction // Am. Surg. - 2012. - V. 78 (4). P. 403 - 407.
17. Lundstedt C. Jejunal loop obstruction at the ligament of Treitz: a distinct radiological and clinical picture of recurrence after subtotal pancreatectomy // Abdom. Imaging. - 1998. - N. 23. - P. 350 - 353.
18. Mc. Cloy C. The etiology of intestinal obstruction in patients without prior laparotomy of hernia // Am. Surg. - 1998. - N. 1. - P. 19 - 22.
19. Reece-Smith H.K., Williamst L. Small bowel obstruction // Brit. J. Surg. - Vol. 71. - N. 1. - P. 82 - 83.
20. Schafer M. Comparison of adhesion formation in open and laparoscopic surgery // Eur. Surg. - 1998. - N. 15. - P. 2.
21. Senlin P. Small intestine obstruction. Pathophysiology, etiology, diagnosis, treatment // Rev. Prat. - 1997. - N. 17. - P. 1927 - 1932.
22. Velasco J.M. Postlaparoscopic small bowel obstruction. Rethinking its management // Surg. Endosc. - 1998. - N. 8. - P. 12 - 20.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (Обзор литературы)

Сообщение № 2

Абдиев А.Ш.

Национальный хирургический центр МЗ КР (Дир. – акад.. Мамакеев М.М), кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии (Зав. – д.м.н., проф. Сопуев А.А.) КГМА, кафедра хирургических болезней ОшГУ.

Целью рентгенологического исследования является возможное подтверждение диагноза ОСКН, выявление ее вида, определение уровня препятствия [12]. Рентгенологическое исследование начинают с обзорной рентгенографии органов брюшной полости. При этом обращают внимание на высоту стояния диафрагмы, наличие пневматоза тонкой кишки, чаш Клойбера и характерных тонкокишечных аркад [2, 7]. Вторым этапом рентгенодиагностики ОСКН является использование контрастных методов.

Основная идея их использования состоит в наблюдении за пассажем контрастной массы по кишечнику, возможном установлении локализации механического препятствия [15]. Обычно рентгенологический контроль выполняют каждые три часа [12], при этом оценивается и состояние контра-

стированных проксимальных отделов кишечника, степень их перерастяжения, выраженность отека стенки [4, 16].

Перспективно использование в рентгенодиагностике высококонтрастных водорастворимых препаратов (гастрографин, ультравист, омнипак), преимущество которых является ускоренный пассаж по кишечнику [10, 13]. Однако широкое применение ограничено ввиду их дороговизны.

Заслуживает внимания применение с целью ранней диагностики кишечной непроходимости эндоскопической катетерной контрастной энтерографии, позволяющей сократить сроки диагностики при непроходимости кишечника [18], однако данный способ не позволяет произвести дифференциальную диагностику между динамической непроходимостью, обусловленной СББ и другими заболеваниями органов

брюшной полости, а также выявить уровень препятствия при динамической ОСКН.

Следует отметить, что рентгеноконтрастные методы исследования для диагностики ОСКН допустимо использовать лишь при полной убежденности в отсутствии странгуляции, представляющей угрозу быстрой утраты жизнеспособности кишки, а динамическое наблюдение за пассажем рентгеноконтрастной массы по кишечнику необходимо сочетать с клиническим наблюдением и проведением лечебных мероприятий, направленных на устранение динамического компонента непроходимости [12, 19].

С развитием ультразвуковых методов исследования особое место в диагностике ОСКН заняла ультразвуковая томография [1, 3, 22]. Основные диагностические ультразвуковые признаки синдрома острой кишечной недостаточности при непроходимости, определенные в этих работах, могут быть сведены к следующему:

1. Выраженное вздутие кишечника, как результат нарушения всасывания газов и жидкости из просвета кишки.

2. Появление в просвете кишечника жидкостного содержимого с признаками гиперперистальтики кишки, как результат нарушения всасывания при усиленной трансудации.

3. Наличие как раздутых, так и спавшихся участков кишки.

4. Отек слизистой оболочки кишки в виде симптома "рыбьего скелета".

5. Появление маятникообразных движений жидкостного содержимого, как результат перехода гиперперистальтики в ее атонию.

6. Наличие свободной жидкости в брюшной полости.

Однако, ультразвуковая диагностика при ОСКН эффективна лишь в 30,97% случаев, ибо сонографические признаки непроходимости появляются, как правило, в поздних стадиях заболевания [9].

В настоящее время все шире применяется при ОСКН диагностическая лапароскопия [3, 10, 16]. Более того, сегодня все чаще рассматривается применение лапароскопии при ОСКН не только с диагности-

ческой, но и с лечебной целью [6, 14, 17]. Однако, А.И. Брегель (2000) отмечает, что в 1,5% случаев имеют место ошибки лапароскопической диагностики, а еще в 1,5% - возникают осложнения в виде прокола раздутой кишки [5]. Поэтому, ввиду опасности ятрогенного повреждения кишечника, предлагается производить предварительное ультразвуковое исследование для выбора места введения троакара [17, 19].

Предложенные к настоящему времени такие методы диагностики как зондовая энтерография [20], электрогастрография [3], радиоизотопные методы [12], иммуноферментный анализ с применением тест-систем [6], изучение хемилюминесценции плазмы [11, 14], люминесцентные исследования [22] имеют скорее прикладное значение и используются в качестве клинико-экспериментальных.

Сложность диагностики ОСКН и необходимость соблюдения определенной последовательности в решении тактических вопросов требует создания алгоритмов диагностического процесса и использования математического анализа для разработки схем принятия решений в неопределенной диагностической и тактической ситуации [11].

Литература

1. Атаев С.Д., Абдулаев М.Р. Хирургия острой кишечной непроходимости в аспекте новых данных ее патогенеза // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 141.

2. Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Михин И.В., Мандриков В.В. Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении острой спаечной кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 143 - 144.

3. Брегель А.И., Пинский С.Б. Эндоскопическая диагностика острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 148.

4. Евтихов Р.М., Грошев Н.Н., Никитин В.А., Базанов С.В. Результаты ультразвуковой диагностики при острой кишеч-

ной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. – Волгоград. - 2000. - С. 161 - 162.

5. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Чемоданов Е.Б. Алгоритмы дифференциальной диагностики ранней послеоперационной спаечной и динамической кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 165.

6. Жидовинов Г.И., Попова И.С., Ярошенко И.Ф., Писарев В.Б. Синдромная диагностика и лечение острой обтурационной тонкокишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. – Волгоград. - 2000. - С. 165 - 166.

7. Ишмутаметов А.И., Кудряшова Н.Е., Проскурина Г.Б., Лебедев А.Г. Оценка моторной функции желудка и кишечника методом сцинтиграфии при тонкокишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 171.

8. Корымасов Е.А., Горбунов Ю.В. Принципы дифференциальной диагностики и тактики при острой кишечной непроходимости // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2003. - №. 3. - С. 101 - 106.

9. Кузнецов Н.А., Данилов К.Ю., Харитонов С.В. Возможности УЗИ в диагностике острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 182.

10. Лаврешин П.М., Афанасьев Е.Н., Тюменцева И.С. Способ диагностики спаечного процесса в брюшной полости // Матер. Всероссийской науч. практ. конф. хирургов. - 2003. - С. 133.

11. Тарасенко Э.И. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость: диагностика, лечение // Анналы хирургии. - 2007. - №. 4. - С. 61 - 65.

12. Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Каланов Р.Г. Оптимизация методов

диагностики и выбора хирургической тактики при острой кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - Волгоград. - 2000. - С. 217.

13. Bailey I.S. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction // Br. J. Surg. - 1998. – N. 1. - P. 84 - 87.

14. Catalano O. The faeces sign. A CT finding in small bowel obstruction // Radiology. - 1997. – N. 5. - P. 417 - 426.

15. Cueto J. Bowel obstruction in the postoperative period of laparoscopic inguinal hernia (TAPP) repair : review of the literature // J. Sec. Laparoendosc. Surg. - 1998. – N. 7. - P. 277 - 281.

16. Leung A.M., Vu H. Factors predicting need for and delay in surgery in small bowel obstruction // Am. Surg. - 2012. - V. 78 (4). P. 403 - 407.

17. Lundstedt C. Jejunal loop obstruction at the ligament of Treitz: a distinct radiological and clinical picture of recurrence after subtotal pancreatectomy // Abdom. Imaging. - 1998. – N. 23. - P. 350 - 353.

18. Mc. Cloy C. The etiology of intestinal obstruction in patients without prior laparotomy of hernia // Am. Surg. - 1998. - N. 1. - P. 19 - 22.

19. Reece-Smith H.K., Williamst L. Small bowel obstruction // Brit. J. Surg. - Vol. 71. - N. 1. - P. 82 - 83.

20. Schafer M. Comparison of adhesion formation in open and laparoscopic surgery // Eur. Surg. - 1998. - N. 15. - P. 2.

21. Senlin P. Small intestine obstruction. Physiopathology, etiology, diagnosis, treatment // Rev. Prat. - 1997. - N. 17. - P. 1927 - 1932.

22. Velasco J.M. Postlaparoscopic small bowel obstruction. Rethinking its management // Surg. Endosc. - 1998. – N. 8. - P. 12 - 20.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА (Обзор литературы)

Орозобеков Б.К.

Национальный хирургический центр (директор – акад. М.М. Мамакеев),
кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им.
М.М.Мамакеева КГМА (зав. – д.м.н., проф. А.А. Сопуев)

Хронические запоры беспокоят до 34% взрослого населения индустриально развитых стран [1;5;15]. Причиной их развития могут быть как изменения в самой кишке, так и внекишечные расстройства. В тех случаях, когда патогенетическим механизмом является замедление пассажа содержимого по толстой кишке вследствие нарушения ее пропульсивной активности, применяется термин «идиопатический медленно-транзитный запор» [12]. В отечественной литературе эта форма запоров носит название «хронический толстокишечный стаз» [1;2;7]. Большинство пациентов с хроническим толстокишечным стазом подлежат консервативному лечению, которое приводит к улучшению самочувствия в 60-85% случаев [2;4]. Однако у части больных с выраженным замедлением транзита по толстой кишке и отсутствием эффекта от консервативной терапии возникает вопрос о необходимости хирургического вмешательства. Это пациенты с резистентными формами колостазов. Среди всех больных, страдающих хроническими запорами, доля пациентов, подвергающихся оперативному лечению по поводу резистентного колостазов не превышает 2,3%-5% даже в специализированных медицинских центрах.

В XX веке опубликовано большое количество работ, посвященных этиологии, патогенезу, классификации, диагностике и способам лечения хронического колостазов. В итоге научных исследований по этой проблеме стало ясно, что хронический колостаз является симптомом органических и функциональных заболеваний толстой кишки и ректоанальной области, а так же проявлением системных заболеваний.

В литературе существует почти 70 терминов, которыми характеризуют нару-

шение функции ободочной и прямой кишок, описано 18 синдромов, где ведущим симптомом является запор, известно 39 болезней, которые сопровождаются запором. Так, в 1999 г. на Всемирном конгрессе гастроэнтерологов в Риме были одобрены обновленные критерии диагностики хронического запора. В «Римских критериях-II» диагностики хронического запора указано, что диагноз этого заболевания можно установить при наличии запоров на протяжении не менее 12 недель, которые не обязательно должны быть последовательными за 12 предыдущих месяцев, когда наблюдались два или больше симптомов:

- натуживание свыше 1/4 дефекаций;
- комочкообразные или плотные испражнения свыше 1/4 дефекаций;
- ощущение неполного испражнения свыше 1/4 дефекаций;
- ощущение аноректального препятствия (блока) свыше 1/4 дефекаций;
- ручная помощь в свыше 1/4 дефекаций (например, пальцевая эвакуация, поддержка рукой промежности);
- меньше 3 дефекаций за неделю.

Известно, что хронический толстокишечный стаз - это многообразная в своих проявлениях патология, при которой поражаются различные органы и системы. Данное заболевание является одной из наиболее часто встречающихся функциональных патологий кишечника. Так в детском и подростковом возрасте, частота его достигает 5% [1].

К настоящему времени сформировались следующие подходы к проблеме запоров: а) одни авторы продолжают рассматривать запоры как болезнь цивилизации, приводящую к самоотравлению. Еще больше теорию аутоинтоксикации и опасности запо-

ров утвердили открытия Луи Пастера и бурное развитие микробиологии. Для лечения болезни интенсивно применяли диету (овощи, фрукты, отруби, йогурт), слабительные средства, ирригации кишечника, клизмы, массаж передней брюшной стенки, анальные дилататоры, физические упражнения. В начале XX века английским хирургом W.A. Lane (1908) для устранения аутоинтоксикации был предложен и применен хирургический метод лечения - колэктомия; б) вторая группа исследователей обосновывала возникновение запоров как следствие морфологических изменений в толстой кишке. В 1888 году педиатром Н. Hirschsprung был описан врожденный идиопатический мегаколон (МК), проявляющийся хроническим запором [12]. С этого времени большое внимание стали обращать на гигантизм толстой кишки, как причину хронического запора. По мере изучения проблемы врожденного мегаколона стало ясно, что дилатация кишечника - не причина запоров, а клиническое проявление ряда заболеваний, вызывающих хронический запор. Этиология некоторых из них выяснена (аганглионарный, вторичный, токсический, функциональный), однако остается ряд неизученных видов МК, которые обозначают идиопатическим МК. К этой же группе теорий можно отнести взгляды W.A. Lane (1909) и других авторов, считавших, что кишечный стаз вызывают связки и перегибы кишечника, а также резкое изменение расположения внутренних органов из-за вертикального положения тела человека [2;4]. Механистическое понимание природы запоров послужило причиной применения оперативных методов лечения. Применяли следующие виды вмешательств: колэктомию, гемиколэктомию, резекцию сигмовидной кишки, разделение тяжей и спаек, деформирующих кишку, фиксацию подвижных отделов толстой кишки, наложение межкишечных анастомозов. В связи с высокой летальностью и неудовлетворительными результатами хирургические методы лечения стали применять реже [5]; в) некоторые исследователи придерживались мнения о функциональном характере возникновения хронического колостазы. Развитие физиологии послужило началом учения о функциональных заболеваниях, при кото-

рых не находили морфологических изменений, а обнаруживали нарушения отдельных функций организма [9]. Рентгенологическое обследование больных с запорами выявило сочетание явлений спазма и атонии, что привело к выделению дискинетической формы запоров [10].

Традиционно, главным признаком запора считают снижение частоты стула. Однако частота стула не может быть единственным и достаточным критерием запора, потому что многие больные с хроническим запором жалуются на необходимость натуживания во время дефекации (52%), на наличие твердого стула (41%) даже при сохраненном нормальном ритме дефекации [13].

Оценка чувствительности симптомов для различных подтипов хронического запора подтвердила важность чрезмерного натуживания, как наиболее чувствительного признака запора (чувствительность симптома 94%). Наиболее существенными вспомогательными критериями запора были определены ощущение незавершенной дефекации и плотный комковатый кал.

Причины развития хронического запора многочисленны [5;7;9;10;11]. Основные из них:

- а) алиментарные нарушения (несбалансированный рацион питания);
- б) побочное действие лекарственных препаратов и токсическое действие ядовитых веществ (антациды, антихолинэргические препараты, антидепрессанты, противоэпилептические препараты, нейролептики, диуретики, антигипертензивные препараты и ряд других);
- в) системные заболевания (склеродермия, амилоидоз);
- г) эндокринные нарушения (гипотиреоз, гиперкальцемия, сахарный диабет);
- д) неврологические заболевания (множественный склероз, диабетическая полинейропатия, болезнь Паркинсона, инсульт и церебральный паралич, травма спинного мозга, дизрафии) часто сопровождаются расстройствами колоректальной функции в виде запоров и недержания кала;
- е) психологические причины (стиль жизни, боязнь дефекаций, избегание обще-

ственных туалетов и др.);

ж) патология кишечника и тазового дна: идиопатические (функциональные) нарушения моторики кишечника (синдром раздраженного кишечника, дискинезия кишечника); патология гладкомышечных клеток (врожденная и приобретенная миопатия); патология интерстициальных клеток Кахаля; врожденная и приобретенная патология кишечной нервной системы (аганглиоз, дисганглиоз, гипоганглиоз), нарушение фиксации кишечника (колоноптоз, синдром Пайра); обструкция кишечника (опухоли, сдавления, сужения); дисфункция тазового дна (отсутствие релаксации лобково-прямокишечной мышцы); нарушение чувствительности прямой кишки; нарушения анатомического строения ректоанальной области и тазового дна (ректоцеле, энтероцеле, интравектальная инвагинация, выпадение прямой кишки, гипертрофия внутреннего анального сфинктера, стеноз ануса и прямой кишки, эктопия ануса, пресакральные опухолевидные образования).

Патогенетическими механизмами появления запоров считают следующие расстройства:

1) нарушения двигательной активности кишечника,

2) нарушение акта дефекации [3;15].

Предполагают два варианта нарушения двигательной активности кишечника [15]. Первый - связан с уменьшенным числом высокоамплитудных пропульсивных сокращений. Эти перистальтические сокращения рассматривают как механизм масс-движений содержимого, а их отсутствие приводит к длительной задержке каловых масс в правых отделах ободочной кишки. Второй вариант - с усиленной дискоординированной моторной активностью в дистальной части толстой кишки, что образует функциональный барьер или сопротивление для нормального транзита [15].

Патофизиологические механизмы, приводящие к нарушению эвакуации при хроническом колостазе до конца не ясны. Простейшей возможной классификацией, разделяющей нарушения эвакуации, является следующая:

1) случаи мышечного гипертонуса

(невозможность расслабления или «анизм»), недостаточное расслабление или парадоксальное сокращение мышц тазового дна и наружного анального сфинктера при попытке дефекации. Этот феномен встречаются значительно реже, чем предполагали ранее [17];

2) мышечная гипотония, иногда с мегаректум и избыточным опущением промежности. Эти синдромы многофакторные, и некоторые до сих пор не изучены [17].

Определенную роль в патогенезе хронического колостаза играют нарушения электролитного баланса, азотемия и гипонатриемический, гипохлоремический ацидоз, которые наблюдаются чаще и более выражены при декомпенсации. Длительно продолжающийся хронический колостаз является пусковым механизмом развития ряда осложнений. Наиболее часто хронический колостаз осложняется развитием вторичного недержания кала, значительно ухудшающего качество жизни больных [6;7].

Длительное существование хронического колостаза связывают с возникновением колита, геморроя, анальных трещин, дисбактериоза. Типичным осложнением является развитие признаков каловой интоксикации, калового завала и режее обтурационной непроходимости кишечника [7]. Эпидемиологические исследования показывают, что в странах с высокой распространенностью хронического колостаза частота развития рака кишечника выше, чем в странах с низкой распространенностью. Однако достоверной связи хронического колостаза и рака толстого кишечника не выявлено [15]. Интересным остается вопрос о переходе функциональных нарушений в органическую патологию. По данным некоторых авторов длительно существующие идиопатические и функциональные хронические запоры [6;8] со временем приводят к дегенеративным изменениям стенки и нервного аппарата кишечника. Хотя по определению «Римских критериев-II» длительно существующая функциональная патология не сопровождается развитием необратимых изменений [9].

Отдаленные результаты консервативного лечения показывают, что у 40-85,5% пациентов с хроническим колостазом

наступает улучшение [14;16;18].

Литература.

1. Агавелян, А.М. Хронический запор. Пути его преодоления / А.М. Агавелян, К.А. Саркисян, А.К. Энфенджян // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. - С. 411
2. Алешин, Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазы: автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 2007. - 24 с
3. Ачкасов, СИ. Результаты субтотальной резекции ободочной кишки у больных с хроническим толстокишечным стазом / СИ. Ачкасов, А.П. Жу-ченко, Л.Л. Капуллер // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы 1 съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. - С 413-14.
4. Возможности объективизации состояния толстой кишки при колостазе/ М.В. Тимербулатов [и др.]// Медицинский вестник Башкортостана. - Уфа: БГМУ, 2007. - Т. 2, № 6. - С 27-29
5. Воробей, А.В. Способ хирургической реабилитации больных с долихоколон и хроническим колостазом / А.В. Воробей, Ф.М. Высоцкий // Достижения медицинской науки Беларуси. -Минск: ГУРНМБ, 2003. -Вып. 8. - С. 152-153
6. Высоцкий, Ф.М. Проксимальная субтотальная колэктомия как метод лечения хронического колостазы, обусловленного долихоколон / Ф.М. Высоцкий //XII съезд хирургов Республики Беларусь: материалы съезда. - Минск: БГМУ, 2002. - С. 114-115
7. Джавадов, Е.А. Хирургическое лечение хронического кишечного стаза у больных с долихоколон / Е.А. Джавадов, С.С. Курбанов, Ю.Н. Ткаченко // Хирургия. - 2010. - № 9. - С. 53-58
8. Джавадов, Э.А. Хирургическое лечение хронического колостазы / Э.А. Джавадов // Хирургия. - 2009. - № 12. - С. 60-62
9. Лапароскопические вмешательства при заболеваниях прямой и ободочной кишок / В.П. Сажин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 1999. -№ 6. - С. 37
10. Лопатин, В.М. Долихосигма, выбор метода хирургического лечения / В.М. Лопатин, А.В. Куляпин, А.М. Меньшиков // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы I съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. -С. 427-428
11. Маев, И.В. Лактулоза (Дюфалак®) — «золотой стандарт» терапии хронического запора как одного из основных гастроэнтерологических синдромов / И.В. Маев, А.А. Самсонов // Врач. - 2003. - № 7. - С. 3-4
12. Пасечников, В.Д. Функциональный запор, обусловленный замедленным транзитом кишечного содержимого / В.Д. Пасечников // Фарматека. -2003.-№10.-С. 1-8.
13. Полуэктова, Е.А. Алгоритм обследования и лечения больных с запорами / Е.А. Полуэктова, С. Белхушет // Русский медицинский журн. - 2002. -№28.-С 1584-1585
14. Хирургическое лечение хронического колостазы и других осложнений долихоколон / А.В. Воробей [и др.] // Проблемы проктологии. - М., 2002.-Вып. 18.-С. 519-22
15. Aidulaymi, B. Long-term results of subtotal colectomy for severe slow-transit constipation in patients with normal rectal function / B. Aidulaymi, O. Rasmussen, J. Christiansen // J. Colorectal Dis. -2001.- Vol. 3, N 6. - P. 392-395
16. Bannura, G. Severe- chronic constipation. Is it a problem of surgery? /G. Bannura//Rev. Med. CM. - 2002. - Vol. 130, N 7. - P. 803-808
17. Cristensen, P. New treatment modalities for neurogenic colorectal disfunction/P. Cristensen//Helios. - 2004. - Vol. 11, N 2. - P. 3-8
18. Giant fecaloma in an adult with severe anal stricture caused by anal imperforation treated by proctocolectomy and ileostomy: Report of a case. / D.F. Altomare [et al.] // Dis. Colon Rectum. - 2009. - Vol. 52, N 3. - P. 534-537.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ КОЛОСТАЗА (Обзор литературы)

Орозобеков Б.К.

Национальный хирургический центр (директор – акад. М.М. Мамакеев),
кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии
им. М.М.Мамакеева КГМА (зав. – д.м.н., проф. А.А. Сопуев)

Несмотря на почти 100-летнюю историю хирургического лечения резистентных форм колостазов, все еще четко не определены показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки проведения консервативного лечения и прогностические критерии оценки его эффективности. Нет также единого мнения относительно объема резекции толстой кишки в случае выбора хирургического метода лечения. Большинство исследователей считают необходимым удаление большей части или даже всей ободочной кишки [3,5]. В то же время ряд авторов сообщают о хороших функциональных результатах, полученных при выполнении ограниченных резекций [1,9]. А среди сторонников обширных вмешательств до настоящего времени дискутируется вопрос о необходимости сохранения или удаления илеоцекального отдела кишечника. Часть хирургов считает, что только колэктомия с илеоректальным анастомозом позволяет добиться стойкого положительного результата [5]. Другие же предпочитают субтотальную колэктомию с асцендоректальным или цекоректальным анастомозом из-за меньшего риска развития поносов, инконтиненции и болевого синдрома [2,9,11].

Отношение хирургов к лапароскопической резекции толстой кишки было и остается сдержанным и даже негативным, несмотря на успехи лапароскопической хирургии в других областях. Однако хирурги-энтузиасты показали, что лапароскопические операции имеют ряд преимуществ перед открытыми операциями именно в возможности и тщательности диссекции и гемостаза в труднодоступных отделах брюшной полости, правильно используя точки введения инструментов, разнонаправленные тракции органов и возможности эндоскопи-

ческой техники.

Эти преимущества и были реализованы в хирургии толстой кишки - методике «лапароскопически ассистируемой резекции», которая состоит в том, что мобилизация производится эндоскопически (интракорпорально), а резекция и анастомоз - экстракорпорально. В отличие от нее истинно лапароскопическая резекция толстой кишки выполняется с интракорпоральной резекцией и наложением анастомоза.

«Лапароскопически ассистируемая резекция» началась с правосторонней гемиколэктомии и резекции сигмовидной кишки, а затем стали выполняться низкие передние резекции, левосторонняя гемиколэктомия и другие операции [9,10,12].

В странах СНГ опыт лапароскопических операций невелик [3,4,6], но многие хирурги и клиники и технически, и психологически уже готовы к их внедрению. Теперь все определяет опыт хирургов и их специальная эндоскопическая подготовка; к операциям может приступать только тот хирург, который, постоянно тренируясь на муляжах, прошел путь экспериментальных операций на животных и имеет опыт операций лапароскопических холецистэктомий и аппендэктомий; который следует принципу постепенного перехода от «простых» операций к технически более сложным. Отношение хирургов к гемиколэктомии при колостазе, до внедрения лапароскопического варианта, было в большинстве случаев скептическим, поскольку риск хирургической агрессии не коррелировал с функциональными результатами. В последние годы отмечается широкое внедрение лапароскопического варианта хирургического лечения колостазов. Так, белорусские авторы прооперировали 71 больного с осложнени-

ями долихоколон, из них 43 по поводу суб- и декомпенсированного хронического колоктаза и 28 с хроническим абдоминальным синдромом на фоне патологической подвижности ободочной кишки. Причем в 2 случаях произведена «идеальная» лапароскопическая колэктомия с аппаратным илеоректоанастомозом [1].

В то же время известно, что критерий качества жизни применяется для определения эффективности того или иного способа лечения, а так же для определения преимуществ методов лечения при равноценных результатах медикаментозных терапевтических воздействий и хирургических пособий [2].

Совершенствование лапароскопической техники резекций различных отделов толстой кишки и накопление опыта операций позволило ряду хирургов [12] выполнять тотальное удаление толстой кишки с восстановлением естественной проходимости созданием илеопроктоанастомоза и илеоанального резервуара.

В начале 90-х годов XX века лапароскопическая хирургия толстой кишки в ряде стран и клиник стала широко применяться благодаря накоплению опыта и решению многих проблем: тщательности отбора пациентов, стандартизации техники операций, внедрению новых инструментов, широкому внедрению сшивающих аппаратов и интракорпоральных анастомозов. Продолжительность операций варьируется в довольно широких пределах и составляет для правосторонней гемиколэктомии 1,5-4,0 часа (в среднем 2,5 часа), а для ректосигмоидэктомии - 2,5-4,5, в среднем 3,5 часа [11]. Как и другие виды лапароскопических операций, резекция толстой кишки в различных ее вариантах характеризуется легким и коротким течением послеоперационного периода, ранним восстановлением функций и возвращением к нормальному образу жизни, меньшим количеством послеоперационных осложнений, косметическим эффектом.

Обезболивающие препараты не назначаются уже на 2-3 день, деятельность кишечника восстанавливается на 3-4 день, среднее пребывание больных в стационаре составляет 4,5-9,0 дней, а при осложнениях

- 16,3 дня против 20-29 дней в открытой хирургии [12].

Анализ результатов показал, что с использованием лапароскопической ассистенции при мобилизации толстой кишки при тотальной колэктомии увеличивались продолжительность операции (до 230 мин.) по сравнению с открытой операцией (150 мин.), сроки восстановления моторной функции кишки (5,3 и 4,7 дня соответственно), длительность пребывания пациентов в стационаре (9,2 и 8,0 дня). Осложнений и летальных исходов не было. Накопление опыта операций позволило улучшить эти показатели и довести их до уровня открытых операций.

Конверсия, переход к открытой операции при лапароскопической резекции толстой кишки отмечен у 6,6-41% больных [7,8,10,11].

Причинами конверсии являются повреждение крупных сосудов и развитие кровотечений, спаечный процесс брюшной полости, невозможность выполнения радикальной операции при раке, неудачи при мобилизации толстой кишки и применении сшивающих аппаратов.

Эти потрясающие цифры и огромная разница в результатах требуют тщательного освещения. По данным трех американских центров колопроктологии [9,11] при проведении 66 различных операций конверсия имела место у 27 (41%). Как показал анализ авторов, причинами конверсии были не столько осложнения (15%) и ранее перенесенные операции, сколько неясная анатомия, технические проблемы, тонкая кишка в тазу, сращения, ожирение. Более того, количество осложнений в группе больных с конверсией, т.е. оперированных традиционным способом, было значительно больше («больших» - 21%, «малых» - 44%), чем у больных, у которых операция закончилась лапароскопически («больших» - 3%, «малых» - 28%).

Как и в других разделах эндоскопической хирургии, очень трудно проанализировать характер и количество осложнений в лапароскопической хирургии толстой кишки, потому и столь велик разброс в цифрах: общее количество осложнений колеблется в

пределах 10-53%, а летальность - 0-2% [5,6,8].

Тщательно проанализированные сводные результаты первых 66-ти операций показали, что количество осложнений достигает астрономической цифры - 53%, причем «малые» (дизурия, диарея, раневая инфекция и т.д.) - достигает 29%, а «большие» (повреждения кишки, селезенки, сосудов, кровотечения, несостоятельность анастомоза, абсцессы, остановка сердца и т.д.) - 24%.

Для оценки эффективности лапароскопических операций сошлемся на американскую статистику «открытой хирургии», согласно которой количество осложнений достигает 10%, а летальность - 1-5% [9,12].

Среди интраоперационных осложнений, безусловно, ведущими являются повреждения сосудов, мочеточника и кишок. Повреждения крупных сосудов (аорты, подвздошных и брыжеечных) и возникновение кровотечения отмечены у 2-3% больных [12]. Количество инфекционных осложнений после лапароскопической резекции толстой кишки колеблется в пределах 3-11%, среди которых наиболее опасными являются перитонит, абсцессы, несостоятельность швов анастомоза. Как отмечает ряд авторов, количество инфекционных осложнений при использовании лапароскопических технологий в 2-3 раза меньше, чем в традиционной хирургии.

Об онкологической радикальности лапароскопических операций можно судить по подсчету количества лимфатических узлов в удаленном препарате. В первом опыте 2 из 20 операций при раннем раке, сообщенном М. Jacobs с соавт. (1991), при различных видах резекций в препарате оказалось 100 лимфатических узлов и в 4 из них получен позитивный результат. По данным S. Wexner с соавт. (1993), при проведении 74 лапароскопических и с лапароскопически-ассистированных резекций толстой кишки и тотальных колэктомий количество лимфатических узлов в препарате колебалось в пределах 3-84 (в среднем - 19).

Сравнительный анализ показал [9,11], что количество удаляемых и пораженных метастазами узлов не отличалось от тако-

вых при лапаротомных резекциях различных отделов толстой кишки. Эти данные вселяют надежду о перспективности лапароскопических операций при раке, проводимых опытными хирургами при тщательном отборе пациентов (ранние формы рака).

Завершая краткую характеристику операций резекций толстой кишки, нельзя не остановиться на весьма интересном факте - оценке сложностей операций и этапов подготовки к ним [8].

Авторы проанализировали на опыте 100 резекций толстой кишки в 5-ти клиниках США три этапа операции - мобилизации, деваскуляризации и анастомоза по 6-ти балльной системе сложности и пришли к следующим выводам. Наиболее легкими являются правосторонняя гемиколэктомия и резекция сигмы, в связи с простотой мобилизации и возможностью экстракорпоральной деваскуляризации и анастомозирования. Далее по сложности стоят операция Гартмана, низкая передняя резекция и брюшно-промежностная резекция, требующая интракорпоральной деваскуляризации и анастомозирования. Самыми сложными являются право- и левосторонняя гемиколэктомия и резекция поперечно-ободочной кишки с трудностями интракорпорального создания анастомозов.

Сложность операций предопределяет ступенчатость в освоении различных видов операций. Для овладения:

1) правосторонней гемиколэктомией необходим опыт аппендэктомии, в том числе при ретроцекальных расположениях отростка;

2) брюшно-промежностными резекциями - опыт правосторонней гемиколэктомии и резекции сигмы-(интракорпоральной деваскуляризации справа и анастомоза сигмы);

3) левосторонней гемиколэктомией с интракорпоральным анастомозом - опыт правосторонних резекций и резекций сигмы с интракорпоральными анастомозами;

4) для резекции поперечно-ободочной кишки с интракорпоральным анастомозом - резекций сигмы с интракорпоральным анастомозом и деваскуляризацией или любой другой резекции толстой кишки с интра-

корпоральным анастомозом.

Таким образом, обобщая приведенные выше данные можно заключить, что проблема диагностики и хирургического лечения хронического колостазы остается актуальной и до конца нерешенной.

Литература.

1. Алешин, Д.В. Выбор метода хирургического лечения резистентных форм колостазы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - М., 2007. - 24 с.

2. Агавелян, А.М. Хронический запор. Пути его преодоления / А.М. Агавелян, К.А. Саркисян, А.К. Энфенджян // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. - С. 411.

3. Винд, Г.Д. Прикладная лапароскопическая анатомия: брюшная полость и малый таз / Г.Д. Винд. - М., 1999. - 248 с

4. Лапароскопические вмешательства при заболеваниях прямой и ободочной кишок / В.П. Сажин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - № 6. - С. 37

5. Лопатин, В.М. Долихосигма, выбор метода хирургического лечения / В.М. Лопатин, А.В. Куляпин, А.М. Меньшиков // Актуальные вопросы колопроктологии: материалы I съезда колопроктологов России. - Самара, 2003. - С. 427-428

6. Наумов, Н.В. Лапароскопическая мезосигмопликация / Н.В. Наумов, Н.В. Рункелов, Д.А. Махотин // Актуальные проблемы колопроктологии: материалы V Всерос. конф. с междунар. участием. - Ростов н/Д, 2001. - С. 192

7. Ривкин, В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. - М.: Медпрактика, 2001. - 300 с

8. Aidulaymi, B. Long-term results of subtotal colectomy for severe slow-transit constipation in patients with normal rectal function / B. Aidulaymi, O. Rasmussen, J. Christiansen // J. Colorectal Dis. - 2001. - Vol. 3, N 6. - P. 392-395

9. Comparison of biofragmentable anastomosis ring and sutured anastomoses for subtotal colectomy in cats with idiopathic megacolon / S. Ryan [et al.] // Vet. Surg. - 2006. - Vol. 35, N 8. - P. 740-748.

10. Completely laparoscopic total colectomy for chronic constipation: report of a case / Y. Inoue [et al.] // Surg. Today. - 2002. - Vol. 32, N 6. - P. 551-554

11. Huang, W.-C. Hirschsprung's Disease with Impending Abdominal Compartment Syndrome / W.-C. Huang, C.-C. Wu, Y.-L. Shih // Gastroenterology. - 2009. - Vol. 137, N 5. - P. e9-e10

12. Laparoscopic-assisted rectosigmoidectomy with ileal loop interposition. Surgical treatment of chagasic megacolon / E. Espin-Basany [et al.] // Dis. Colon Rectum. - 2008. - Vol. 51, N 9. - P. 1421.

ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Жолдошбеков Е.Ж., Сыдыков Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Азиатский медицинский институт им. С. Тентишева г. Кант

Резюме. В статье изложена история и современное состояние классификации синдрома диабетической стопы. Существование различных вариантов классификации объясняется многофакторностью изменений в стопе у больного сахарным диабетом.

Ключевые слова: диабетическая стопа, классификация, нейропатия, ишемия.

THE CLASSIFICATION OF DIABETIC FOOT

Joldoshbek E.Zh., Sydykov B.

Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Ahunbaev, Bishkek,
Asian Medical Institute named S. Tentishevag, Kant

Summary. The article describes the history and current state of the classification of diabetic foot. The existence of different versions of the classification due to multi-factor changes in the foot in diabetic patients.

Keywords: diabetic foot, classification, neuropathy, ischemia.

В 1987 году, согласно докладу Исследовательской группы ВОЗ по «Сахарному диабету», диабетическая стопа выделена как самостоятельное осложнение наряду с поражениями глаз, почек, сердечно-сосудистой системы.

Ю.И. Павлов и соавт. (2001) рекомендуют использовать другое определение:

синдром диабетической стопы - это состояние, развившееся как следствие сахарного диабета и определяющее совокупность клинических, лабораторных и инструментальных признаков нарушения васкуляризации и иннервации дистальных отделов нижних конечностей, характеризующееся развитием язвенно - некротических процессов в мяг-

ких тканях, деструкцией костно-суставного аппарата и нарушением опорной функции стопы

Отсутствие единой классификации патологических изменений стопы, развившихся на фоне сахарного диабета, приводит к различной, порой противоречивой, оценке клинических проявлений и результатов лечения. Потребность в создании классификации обусловлена необходимостью разграничения стадий синдрома при различных клинических вариантах СДС, а также в связи с необходимостью выбора профилирующего метода лечения. На это обстоятельство указывают многие исследователи (Б.С.Брискин и соавт., 2007; Е.А.Lipsky et.al.,1990; М.Е.Levin, L.W.O'Meal,2001)

Существующие в настоящее время классификации СДС можно подразделить на несколько групп:

- 1) по этиологическому и патогенетическому принципу;
- 2) по клинико-морфологическому типу;
- 3) комбинированные классификации.

В свою очередь, каждая форма СДС требует детализации характера, глубины и степени распространенности поражения с регистрацией развивающихся гнойно-некротических осложнений. Однако, создание единой классификации для всех форм СДС, построенный по традиционному типу, вряд ли возможно. Одним из обязательных требований, предъявляемых к классификациям, является необходимость обеспечения их информационной совместимостью.

А.С.Ефимов (1989) предложил классификацию по сосудистым проявлениям и выделяет в отдельные группы поражение почек, глаз и нижних конечностей.

А. По форме и локализации:

- 1) микроангиопатия -нефропатия, - ретинопатия,
-микроангиопатия нижних конечностей;
- 2) макроангиопатия (атеросклероз):
-аорты и коронарных сосудов;
-церебральных сосудов;
-периферических сосудов;
- 3) универсальная микро,- и макроангиопатия.

Б. По стадиям развития:

- 1) доклиническая (метаболическая) стадия;
- 2) функциональная стадия;
- 3) органическая стадия.

В. По течению:

Ангиопатия нижних конечностей:

- 1) доклиническая;
- 2) функциональная;
- 3) органическая;
- 4) язвенно-некротическая, гангренозная.

Согласно данным автора, доклиническая стадия определяется по результатам биохимических и инструментальных исследований. Доклиническая и функциональная стадии обычно диагностируются с первых лет диабета и даже у людей с латентным диабетом и преддиабетом. Как правило, эти нарушения обратимы под влиянием лечения, а 3 и 4 стадии - органически необратимые.

Ю.И.Павлов и соавт. (2001) предложили объединенную классификацию, построенную по фасетному принципу, которая позволяет сочетать общеизвестные методы оценки глубины язвенно-некротических поражений стопы, степени выраженности нарушений кровообращения в конечностях, а также состояние костно-суставного аппарата стопы и степень выраженности гнойно-некротического процесса. Использование фасетного типа классификации позволяет кодировать или идентифицировать многочисленные клинические варианты СДС и формировать синдромальные модели.

В настоящее время стало общепризнанным, что в развитии диабетической стопы основное значение имеют нейропатия, ишемия (макро-, микроангиопатия) и бактериальное загрязнение.

Наряду с поражением нервов и сосудов идет поражение и костной системы. Необходимо отметить, что в настоящее время общепризнано, что нейропатия играет ведущую роль в развитии диабетической остеоартропатии, которая диагностируется более чем у 80% больных СД и является одной из составляющих патогенеза и клинических проявлений диабетической стопы.

Таблица 1 Фасетный тип классификации

Wagner	Fontain	Остеоартропатия	Гнойно-некротические процессы
00-язвенный дефект отсутствует, излеченная язва, сухость кожи, натоптыш, сухая мозоль	01-полная компенсация кровообращения (зябкость, утомляемость, парестезии)	01-отек стопы, гипертермия, гиперемия	01-гнойное локальное воспаление в пределах подкожной клетчатки
01-поверхностная язва без признаков воспаления окружающих тканей	02-недостаточность кровообращения при физической нагрузке (перемежающая хромота)	02-деформация стопы, R-признаки остеопороза, деструкция, фрагментация костных структур	02-гнойное нелокализованное воспаление с вовлечением подкожной клетчатки, сухожилий, суставов, мышц
02-глубокая язва без вовлечения костей	03-артериальная недостаточность в покое	03-выраженная деформация стопы, спонтанные переломы, вывихи	03-гнойное воспаление, сепсис, полиорганная дисфункция
04-ограниченная гангрена	-	-	-
05-гангрена стопы	-	-	-

Учитывая это, И.И.Дедов (1999) выделил три формы диабетической стопы:

1) нейропатическая ДС - без остеоартропатии,

- диабетическая остеоартропатия;

2) нейроишемическая форма;

3) ишемическая форма.

Преобладание одного из этих патогенетических факторов или их различное сочетание предопределяет клинические проявления. По частоте встречаемости 60-75% составляет нейропатическая, 20-30% - нейроишемическая и только 5-10% - ишемическая стопа. При построении диагноза следует указывать клиническую форму СДС и степень ишемии (И.И.Дедов и соавт., 2005; В.М.Бенсман, К.Г.Триандафилов, 2009).

Следует отметить, что в клиниках нашей республики все еще не принята эта классификация. Большой СД с поражением нижней конечности расценивается как пациент с диабетической ангиопатией и указывается местный процесс.

Литература

1. Бенсман В.М. Дискуссионные вопросы классификации синдрома диабетической стопы [Текст] / В.М. Бенсман, К.Г. Трианданфилов //

Хирургия. – 2009. - №4. - С.37-41.

2. Брискин Б.С. ЛДФ в оценке состояния микроциркуляции в нижних конечностях при осложненных формах диабетической ангиопатии [Текст] / Б.С. Брискин, А.В. Пронкин, М.В. Полянский // Лазерная доплеровская флоуметрия крови. – М.: Медицина, 2008. – С. 188-202.

3. Дедов И.И. Сахарный диабет в Российской Федерации; проблемы и пути решения [Текст] / И.И. Дедов // Сах.диабет. – 1999. - № 1. – С.7-18.

4. Дедов И.И. Диабетическая стопа [Текст] / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян.- М.: Практическая медицина, 2005.-197 с.

5. Ефимов А.С. Диабетические ангиопатии [Текст]. – 1989. – 278 с.

6. Павлов Ю.И. Стандартизация эффективна при лечении гнойно-некротической формы диабетической стопы [Текст] / Ю.И. Павлов, И.К. Сидоренко, А.А. Холопов // Стандарты диагностики и лечения в гнойной хирургии. – 2001. – С. 152-161.

7. Lipsky E.A. The diabetic foot: soft tissue and bone infection [Text] / E.A. Lipsky, R.E. Peroraro, J.Z. Wheat // Infect. Dis. Clin. North Amer. – 1990. - # 4. – P. 409-432

8. Levin M.E. The diabetic foot [Text] / M.E. Levin, L.W. O’Neal // Books Edition. – London, 2001. – 828 p.

**«ПРАЙС – РЕЛИЗ»
научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века».**

Основные требования к публикациям:

1.Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, экспертным заключением и иметь визу научного руководителя.

2.Статья должна быть напечатана на одной стороне листа, электронным набором шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14; интервал 1,5). В редакцию необходимо присылать 1 экземпляр статьи и электронную версию на дискете.

3.Вначале пишут: ученое звание и степень, инициалы и фамилию авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла (количество авторов – не более 5 человек).

4.Статью должны подписать все авторы, необходимо указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с шестизначным почтовым индексом) и телефон.

5.Объем статьи не должен превышать 8 страниц, число рисунков – не более 2

6.Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясное, без длинных введений и повторов.

7.Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

8.Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте.

9.Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) – не более 2.

10.Фотографии должны быть контрастными, рисунки – четкими, чертежи – выполнены тушью. На обороте каждой иллюстрации ставятся номер рисунка, фамилия автора и пометка «верх» и «низ». Фотографии, микрофотографии, рентгенограммы необходимо присылать в 2 экземплярах размером 6х9 (5х8) см. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Рентгено-

граммы следует присылать со схемой.

11.Список литературы должен быть напечатан через 1,5 интервала, колонкой, каждый источник – с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные). В списке должны быть обязательно приведены: по книгам – фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам – фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер и страницы от – до. В список литературы не включаются неопубликованные работы и ссылка на учебники. За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии с пристатейным списком литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, на них необходимо указать в списке литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

12.Редакция может вернуть статью автору с замечаниями для доработки. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

13.Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

14.Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, присылать нельзя.

15.Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Юридический адрес редакции: 720068,
г.Бишкек, ул. Боконбаева 144 а, Тел. (0-312)
624678; факс: (0-312) 301016
www.chubakov.fmc.kg

РЕДАКЦИЯ

СОДЕРЖАНИЕ

№№	Авторы, название статьи	стр.
1.	Ыбыкеева Э.О. Вопросы информированности медицинских работников о развитии и преобразованиях в сестринском деле	3
2.	Майканаев Б.Б., Искаков М.Б., Абилов Б.А. Индикаторы оценки качества медицинской помощи.....	7
3.	Майканаев Б.Б., Искаков М.Б., Абилов Б.А. Проблемы взаимоотношения врача и пациента в хирургической практике.....	10
4.	Ниязова С.Б. К вопросу о том, может ли стиль питания быть решающим фактором в развитии желчнокаменной болезни (статистическая верификация).....	14
5.	Ниязова С.Б. К вопросу о том, как скоро формируется хирургическая стадия желчнокаменной болезни (статистическая верификация).....	16
6.	Шахнабиева С.М., Абдраманов К.А., Чубаков Т.Ч. Анализ посещаемости больных с ВПС консультативно-диагностического отделения НИИХСиТО ПО г.Бишкек.....	18
7.	Мамырбаева Т.Т., Шалабаева Б.С., Шукурова В.К., Кабылова Э.Т. Особенности экстренной сортировки, диагностики и лечения шока у детей с тяжелым нарушением питания.....	22
8.	Насыров В.А., Умарова М.М. Особенности развития сосцевидного отростка у детей с врожденной расщелиной неба.....	25
9.	Ниязалиева Д.А. Послеоперационная лекарственная терапия, проводимая после выполнения щадящих и расширенных вариантов переднебоковой резекции гортани.....	28
10.	Калжикеев А.М. Особенности оперативных вмешательств при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки.....	32
11.	Калжикеев А.М. Выбор способа резекции желудка по способу Бильрот-I при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.....	37
12.	Жолдошбеков Е.Ж., Сыдыков Б.А. Эффективность использования различных концентраций озона при гнойных осложнениях синдрома диабетической стопы.....	45
13.	Коомбаев К.К. История замены настоящих зубов искусственными.....	48
14.	Коомбаев К.К. Недостатки съемных зубных протезов.....	51
15.	Аманалиева Ж.К. К вопросу сенильного остеопороза в Кыргызской Республике.....	54
16.	Аманалиева Ж.К. Сенильный остеопороз, переломы проксимального отдела бедра – медицинская и социальная проблема.....	56

17.	Абдиев А.Ш. Клинико-диагностические особенности острой спаечной кишечной непроходимости (Сообщение № 1).....	58
18.	Абдиев А.Ш. Клинико-диагностические особенности острой спаечной кишечной непроходимости (Сообщение № 2).....	60
19.	Орозобеков Б.К. К вопросу о патогенезе хронического колостазы.....	63
20.	Орозобеков Б.К. К вопросу о хирургическом лечении колостазы.....	67
21.	Жолдошбеков Е.Ж., Сыдыков Б. Вопросы классификации синдрома диабетической стопы.....	70
22.	«ПРАЙС – РЕЛИЗ» научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века»...	73

Отпечатано из готовых диапозитивов в дизайн-студии «Илим - Басмасы»

Ул. Полярная 11.

Печать офсетная. Формат бумаги 60x90/8.

Объем 9,0 п.л. Тираж 250 экз.