

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



№4, 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.

**К ВОПРОСУ О ПРИОРИТЕТЕ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (статистическая верификация)**

Ниязова С.Б.

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

Все признают, что желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является многофакторной патологией [1-3]. Об этом пишет и Ж.И.Ашимова, которая исследовала факторы риска развития ЖКБ. Мы задались целью проанализировать приоритетность того или иного фактора развития ЖКБ у жителей северного и южного регионов КР в сравнительном аспекте.

Клинико-статистический анализ проведен по общепринятой методике. Разработана карта изучения заболеваемости из расчета на 100 000 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.

Как известно, изменениям распространенности заболеваний и другим харак-

теристикам общественного здоровья присуща инерционность в пределах до 3-4-х лет, что не противоречит системному подходу к анализу данных, взятых по КР за 3 года. Для исследования с применением когортного метода были изучены статистические отчеты М-ИЦ МЗ КР (2003-2005 гг).

Нами применялись линейный регрессионный анализ, логистический регрессионный анализ, непараметрический дисперсионный анализ по Краскелу-Уоллису, по Фридману, отношение шансов, критерий Вальда-Вольфовица, критерий знаков [4].

Нами установлено, что наиболее значимыми факторами, способствующими развитию ЖКБ являются: употребление жирной, соленой, жареной пищи (ОР-8,5), чаще риск заболеть ЖКБ имеют лица зрелого возраста (ОР-1,6), занятые малоподвижным трудом (ОР-5,2), женщины (ОР-1,8).

Таблица 1 - Данные интегрированной оценки ОР развития ЖКБ по ряду факторов среди населения северного и южного регионов КР

Годы	Регион	Градации факторов	НИП	ОР	Интегрированный показатель риска
Пол	Север	Муж	52,6	1,8	68,6
		Жен	60,4		
	Юг	Муж	43,1	1,2	64,2
		Жен	55,4		
Возраст	Север	45-59	28,5	2,6	72,1
		60-74	43,8		
		>75	42,8		
	Юг	45-59	12,7	2,1	66,3
		60-74	38,4		
		>75	47,9		
Социальное положение	Север	Рабочие	22,4	1,5	39,6
		Служащие	45,8		
		Хозяйственники	47,7		
	Юг	Рабочие	12,4	1,7	45,6
		Служащие	48,9		
		Хозяйственники	45,8		
Образование	Север	Среднее	55,6	0,9	55,9

		Высшее	18,8		
	Юг	Среднее Высшее	46,6 22,8	1,1	65,2
Характер труда	Север	Активный Малоподвижный	16,8 72,4	5,3	78,7
	Юг	Активный Малоподвижный	11,6 69,2	5,1	82,5
Злоупотребление пищей	Север	Да Нет	88,2 11,6	9,2	88,6
	Юг	Да Нет	80,4 12,6	6,1	82,3
ИМТ	Север	Да Нет	81,5 11,6	8,8	79,4
	Юг	Да Нет	83,7 13,2	8,1	88,3

Примечание: Нормирующая величина (M) = 1,0; сумма показателей ОР ($\Sigma R_n=35,6$)

Как видно из таблицы 1. НИП у женщин северного региона составляет 60,4, а у женщин южного региона – 55,4. Что касается возрастов, то НИП у северян в возрасте <60 лет составляет 28,5, тогда как у южан в этой же возрастной категории – 12,7. НИП у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, имеющих ИМТ, злоупотребляющих пищей в обеих группах составляет свыше 70-80 (в среднем 78,8).

Интегрированный показатель риска развития ЖКБ даже при наличии 1 фактора риска составляет >60 в обеих группах больных. Наши исследования показали, что лишь у 5-6% больных имело место 1 фактор риска, тогда как у абсолютного большинства больных, независимо от места жительства (по регионам) частота встречаемости и градация факторов остается высокой.

Таблица 2 - Распределение (в %) по градациям факторов риска развития ЖКБ среди населения северного и южного регионов КР

Градация факторов	Регион	%
1 фактор	Север	5,1
	Юг	6,2
2 фактора	Север	14,5
	Юг	25,6
3 фактора	Север	29,6
	Юг	36,4
>4 факторов	Север	50,8
	Юг	31,8

Как видно из таблиц 2. сочетание 4-х и более факторов имело место у 50,8% больных жителей северного региона, тогда как такая градация факторов риска отмечается у 31,8% больных южного региона. Между тем, в остальных градациях южане занимали лидирующую позицию.

Как видно из таблицы 3. у жителей южного региона даже при более широком

диапазоне риска (11,2-18,6), чем у жителей северного региона (16,2-18,6) сохраняется благоприятный прогноз. У северян даже при широком (32,2-49,6%), чем у южан диапазоне риска возможно развитие ЖКБ. Кроме того, у северян при более меньшем диапазоне риска (68,6-72,8), чем таковом у южан (71,2-88,2) прогнозируется обязательное развитие ЖКБ, что необходимо

учитывать при разработке стратегии профилактики ЖКБ в системе МЗ КР.

Таблица 3 - Диапазон риска развития ЖКБ и их оценка среди населения северного и южного регионов КР

Вероятность риска	Регион	Диапазон риска	Прогноз
Наименьшая	Север	16,2-18,6	Благоприятный прогноз
	Юг	11,2-18,4	
Средняя	Север	32,2-49,6	Возможно развитие
	Юг	41,6-66,4	
Наибольшая	Север	68,6-72,8	Обязательное развитие
	Юг	71,2-88,2	

Таблица 4 - Модифицируемые факторы, ассоциирующиеся с развитием ЖКБ среди населения северного и южного регионов КР

Модифицируемые факторы	Регион	P
Возраст >60 лет	Север	<0,05
	Юг	<0,05
Злоупотребление пищей	Север	<0,05
	Юг	<0,05
ИМТ	Север	<0,05
	Юг	<0,05
Низкий образовательный статус	Север	>0,05
	Юг	<0,05
Низкий социальный статус	Север	>0,05
	Юг	>0,05
Малоподвижный образ жизни	Север	<0,05
	Юг	<0,05

Как видно из таблицы 4. почти все факторы риска достоверно ассоциируются с развитием ЖКБ, за исключением таких, как низкий образовательный и социальный статусы для северян ($P > 0,05$ и $P > 0,05$), а для южан, кроме того, низкий социальный статус ($P > 0,05$).

На основании проведенных исследований мы пришли к выводу о том, что наиболее значимыми факторами, способствующими развитию холелитиаза являются: употребление жирной, соленой, жареной пищи, чаще риск заболеть холелитиазом имеют лица зрелого возраста, занятые малоподвижным трудом, женщины. Сочетание факторов имело место у 50,8% больных жителей северного региона, тогда как такая градация факторов риска отмечается у 31,8% больных южного региона.

У жителей южного региона даже при более широком диапазоне риска, чем у жителей северного региона сохраняется бла-

гоприятный прогноз. У северян даже при широком, чем у южан диапазоне риска возможно развитие холелитиаза. У северян при более меньшем диапазоне риска, чем таковом у южан прогнозируется обязательное развитие холелитиаза.

Литература:

1. Ветшев П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит // Клинические перспективы гастроэнтерологии – гепатологии. – 2005. - №1. – С.16-25.
2. Дедерер Ю.М., Крылов Н.П., Устинов Г.П. Желчнокаменная болезнь. – М.: Медицина, 1983. – 217 с.
3. Демченкова Г.З., Полонский М.Л. Теоретические и организационные основы диспансеризации населения. - М.: Медицина, 1987. - 288 с,
4. Джессен Р. Методы статистических обследований. М., Финансы и статистика. 1985. 478 с.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОЛИТИАЗА У ЖИТЕЛЕЙ СЕВЕРНОГО И ЮЖНОГО РЕГИОНОВ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Мамакеев М.М., Ниязов Б.С.

Национальный хирургический центр

Надо отметить, что заболеваемость холелитиазом во всем мире всегда была высокой и до сих пор имеет четкую тенденцию к увеличению [1,2]. О том, что холелитиазом страдают около 10% населения мира было известно еще в 80-е годы прошлого столетия [3,5]. По данным ряда авторов, в последние 50 лет заболеваемость холелитиазом за каждые 10 лет удваивалась [2,4]. Следует отметить, что проблемой последних лет стал тот факт, что частота холецистолитиаза увеличивается среди лиц молодого возраста (с 16 до 35 лет), достигая 16,4% [1,5].

Целью работы является сравнительный анализ результатов хирургического лечения холецистолитиаза у больных жителей северного и южного регионов КР.

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.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой схеме. Всем пациентам при поступлении применялись специальные методы исследования для установления и детализации диагноза холелитиаза. Клинический анализ крови и мочи, а также биохимические исследования проводился согласно общепринятым методикам.

Результаты исследований. Всем 200 больным с холелитиазом (см. главу 2) были выполнены оперативные вмешательства, в том числе в стенах Национального хирургического центра (НХЦ) – 100 больным жителям северного региона и в стенах Ошской межобластной клинической больницы (ОМОКБ) – 100 больным жителям южного региона.

Таблица 1 - Распределение больных холелитиазом в зависимости от сроков выполнения оперативного вмешательства у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР

сроки (лет)	Всего		Север		Юг	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<10	54	27	37	37	17	17
10-15	82	41	49	49	33	33
>15	64	32	14	14	50	50
Всего	200	100	100	100	100	100

Как видно из таблицы 1 37% больных жителей северного региона были прооперированы в сроки <10 лет, тогда как в эти сроки на операцию согласились лишь 17% больных жителей южного региона, то есть более чем в 2 раза реже. Следует за-

метить, что удельный вес южан, оперированных по поводу холецистолитиаза в сроки от 10 до 15 лет, также был меньше, чем удельный вес северян (33% против 49%).

50% больных жителей южного региона оперированы в сроки >15 лет, тогда

как удельный вес больных из северных областей страны, оперированных в такие сроки, составил всего 14%, то есть в 3,5 раза меньше.

Как видно из таблицы 2 все без исключения обнаруженные изменения в области желчевыводящих путей были более характерны для больных жителей южного региона, чем для больных из северного региона. Безусловно, указанные изменения связаны с длительностью заболевания и более поздним обращением больных на оперативное лечение.

В целом, у >50% оперированных больных имело место спайки в области ге-

патодуоденальной связки, а у ¼ части больных - инфильтрат в области пузырного протока и перихоледохиальный лимфаденит, что свидетельствует о незавершенном воспалительно-инфильтративном процессе в этой области. 12 (6%) больным была выполнена холедохолитотомия.

Мы изучили клинико-лабораторные показатели у больных холелитиазом, у которых выполнена операция. Критериями оценки были: динамика гипертермии, лабораторных показателей крови (лейкоцитов), отсутствие осложнений со стороны послеоперационной раны и брюшной полости.

Таблица 2 - Распределение больных холелитиазом в зависимости от характера обнаруженной патологии в области желчевыводящих путей у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР

Характер патологии	Всего		Север		Юг	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Камень холедоха	12	6	5	5	7	7
Перихоледохиальный лимфаденит	14	7	3	3	11	11
Инфильтрат в области пузырного протока	12	6	6	6	6	6
Спайки в области гепатодуоденальной связки	112	56	55	55	57	57
Склероз ЖП	58	29	26	26	32	32
Всего:	200	100	100	100	100	100

Таблица 3 - Распределение больных холелитиазом в зависимости от послеоперационных осложнений у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР

Характер послеоперационных осложнений	Юг	Север	Всего
Вентральная грыжа	3	2	5
Билома раны	15	8	23
Инфильтрат раны	14	12	26
Инфильтрат в правой подпеченочной области	6	6	12
Лигатурный свищ	11	8	19
Пневмония	4	4	8
Нагноение послеоперационной раны	12	10	22

Как видно из таблицы 3. у прооперированных больных удельный вес раневых осложнений составил, в среднем 32,2%, причем, у больных жителей южного реги-

она осложнения наблюдались чаще, чем у больных жителей северного региона.

Воспалительный инфильтрат раны имело место у 26% больных. Как правило,

инфильтрат появлялся на 3-6 сутки, а протяженность инфильтрата составлял 5-10 см. Как правило, после курса физиолечения инфильтрат постепенно рассасывался.

Нагноение раны имело место у 22%

больных. У 2-х больных имело место подпоясничное расположение гноиника. У 2-х больных жителей севера и 3-х больных – жителей юга в послеоперационном периоде возникла вентральная грыжа.

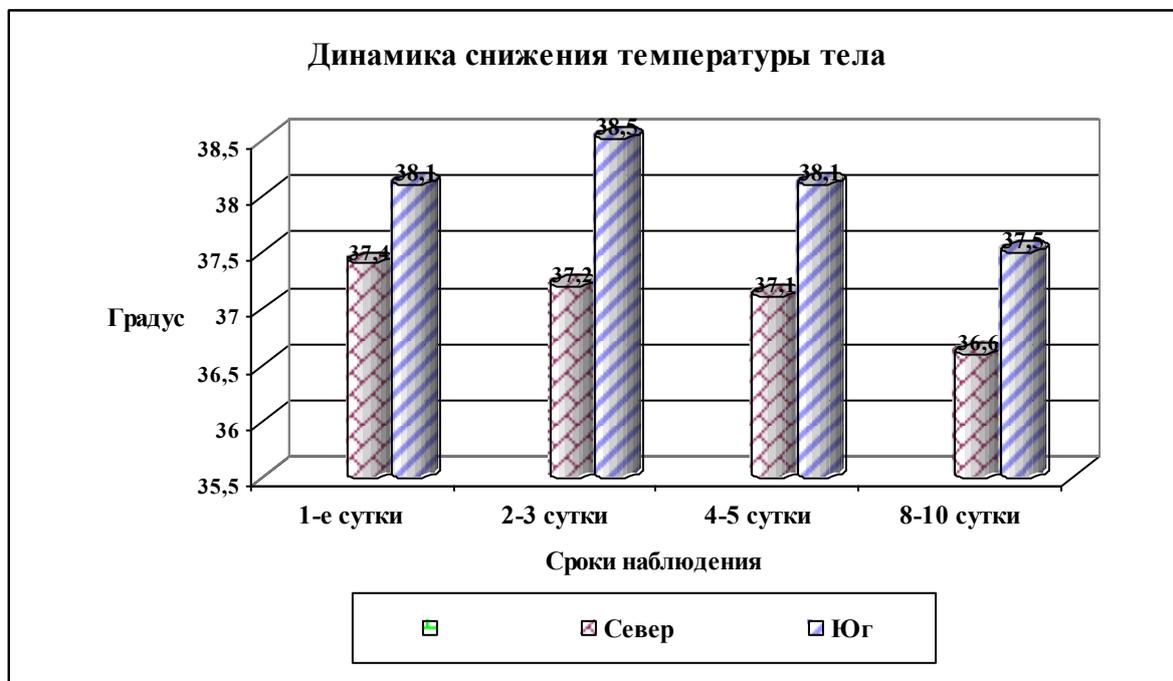


Рис. 1. Динамика изменения температуры тела после операции у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР



Рис. 2. Динамика изменения количества лейкоцитов периферической крови после операции у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР

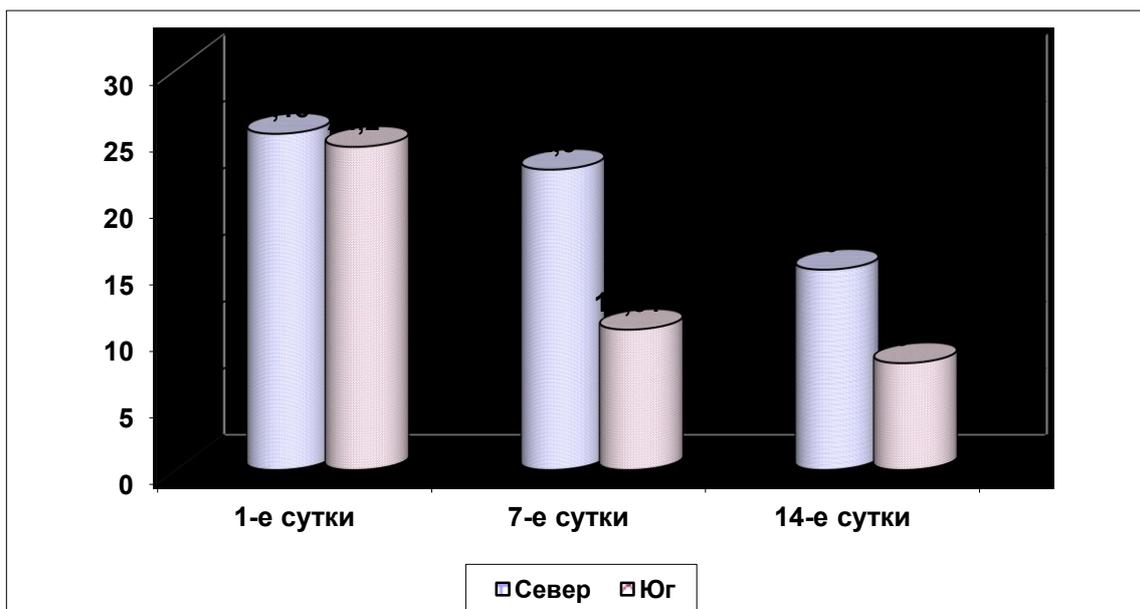


Рис. 3. Динамика изменения СОЭ после операции у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР

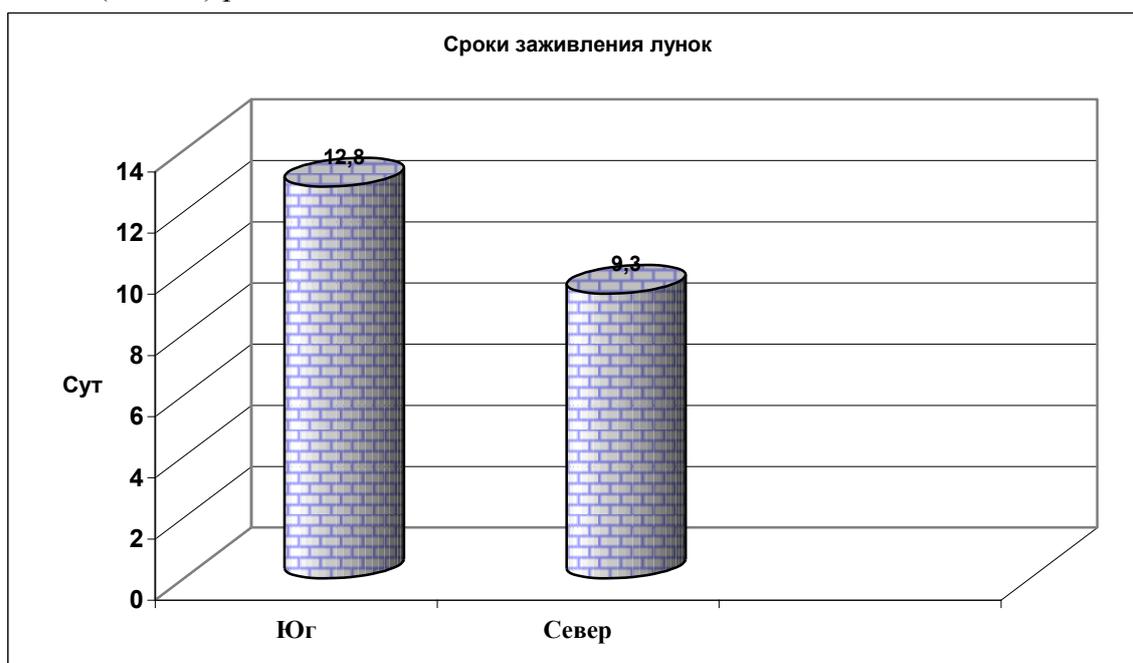


Рис. 4. Сроки заживления ран после операции у больных жителей северного (n – 100) и южного (n – 100) регионов КР.

Как видно из рис. 1. температура тела у больных с холелитиазом жителей северного и южного регионов нормализовалась соответственно на $4,7 \pm 0,4$ суток и $5,2 \pm 0,2$ суток. Следует заметить, что снижение температуры тела у больных жителей северного региона более динамичное, нежели у жителей южного региона.

Как видно из рис. 2. у больных обеих групп содержание лейкоцитов в крови ко-

лебалось практически в одинаковых пределах ($10,2-10,5 \times 10^9/\text{л}$, в среднем $10,3 \pm 0,7 \times 10^9/\text{л}$).

На исходе 1-й недели после операции достоверная нормализация лейкоцитарного состава крови наступала у больных южного региона ($P < 0,05$), тогда как у больных жителей северного региона к этому сроку держался умеренный лейкоцитоз $9,2 \pm 0,8 \times 10^9/\text{л}$ ($P < 0,05$).

Как видно из рис. 3. у больных жителей южного региона снижение СОЭ составлял $10,5 \pm 2,3$ мм/час на 7-е сутки после операции и $9,2 \pm 1,0$ мм/час – на 14-е сутки. Между тем, это более заметная скорость, чем у больных жителей северного региона. В частности, у больных жителей северного региона даже к концу 2-й недели СОЭ оставался выше нормы ($15,0 \pm 2,0$ мм/час).

Как видно из рис. 4. сроки заживления ран у послеоперационных больных жителей южного региона составили $12,8 \pm 2,0$ суток, тогда как у больных жителей северного региона – $9,3 \pm 1,2$ суток.

Длительность стационарного лечения составляла у больных жителей северного региона – $14,6 \pm 2,5$ суток, а у больных южан – $16,2 \pm 3,4$ суток.

Выводы:

Удельный вес больных жителей южного региона, которые были подвергнуты операции в сроки <15 лет был меньше, чем у больных жителей северного региона. 50% больных жителей южного региона оперированы в сроки >15 лет, тогда как удельный вес больных из северных областей страны, оперированных в такие сроки был в 3,5 раза меньше.

Патологические изменения в области желчевыводящих путей были более характерны для больных жителей южного региона, чем для больных из северного региона. У прооперированных больных удель-

ный вес раневых осложнений был выше, чем у больных жителей северного региона.

Послеоперационное снижение температуры тела, уменьшение лейкоцитоза у больных жителей северного региона более динамичное, нежели у жителей южного региона. Сроки заживления ран у послеоперационных больных, а также длительность пребывания их на койке у больных жителей южного региона были больше, чем у больных жителей северного региона.

Литература:

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

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

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

8. Мамакеев М.М., Бектуров Д.Т., Сопуев А.А. Национальная программа развития и совершенствования хирургической службы Кыргызской Республики за период 2004-2010 гг // Медицина Кыргызстана. – 2004. - №1. – С.6-12.

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

ИННОВАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ (ОБРАЗОВАНИЯ) В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Субанбаева Г.М.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Иновация – это новшество, которое вводится в оборот с положительным экономическим эффектом. При ее внедрении она начинает приносить пользу и способствует прогрессивному и созидательному развитию.

Иновационное развитие современного образовательного учреждения – это объективно обусловленный, целенаправленный процесс перехода вуза из одного состояния в другое. Это процесс качественных изменений системы, предпосылкой, условием и содержанием которых выступают инновации и нововведения, обеспечивающие ее оптимальное и устойчивое развитие.

Суть иновационного образования ориентировано не столько на передачу знаний, которые постоянно устаревают, сколько на овладение базовыми компетенциями, позволяющими далее по мере необходимости, приобретать знания самостоятельно. Именно поэтому такое образование должно быть связано более тесно с практикой, чем традиционное.

Непрерывное профессиональное развитие (образование) врачей реализуется в образовательных учреждениях дополнительного образования (в учреждениях повышения квалификации).

Современной целью непрерывного профессионального развития (образования) является непрерывное повышение профессиональной компетентности путем применения различных форм и методов обучения.

В настоящее время в Кыргызском государственном медицинском институте переподготовки и повышения квалификации (КГМИПиПК) внедрены новые формы и методы непрерывного обучения врачей: краткосрочные, выездные, интерак-

тивные методы, модульная форма обучения, дистанционная, проблемно-ориентированное обучение, накопительная система зачета часов, а также внедрена новая модель оценки уровня и качества профессиональной компетенции медицинских работников в рамках непрерывного профессионального развития (образования).

«Накопительная система зачета часов» является гибкой быстро реагирующей формой профессионального обучения, позволяющей за счет развития самостоятельной творческой активности медицинских работников сократить их пребывание в стенах института без сокращения количества часов, соответствующих программе. Он представляет собой систему зачетных баллов для обучающегося по результатам накопления объема знаний и умений, выраженных в часах. Эта система представляет собой программу зачета часов непрерывного образования по результатам образовательного опыта медицинских работников, которая повышает и совершенствует их профессиональные навыки в пределах конкретной области практики. Внедрение модели накопительной системы повышения квалификации медицинских работников в настоящее время ведется в рамках совместной деятельности Минздрава Кыргызской Республики и КГМИПиПК.

Внедрение накопительной системы позволит укоротить формальные программы повышения квалификации, проводимые каждые пять лет, и дополнить их ежегодным непрерывным повышением квалификации в форме контролируемого самообразования. Данный метод непрерывного образования позволит повысить профессиональный уровень медицинских работников, и, следовательно, качество оказываемой ими медицинской помощи населению.

Внедрение накопительной системы не предполагает отмену существующей системы непрерывной профессиональной переподготовки медицинских работников, а дает им право выбора способа повышения своей профессиональной компетентности.

Современные задачи «накопительной системы зачета часов повышения квалификации»:

1. Способствовать повышению мотивации к самостоятельному углублению знаний и повышению профессиональной компетентности медицинских работников.
2. Повышать качество оказания медицинской помощи посредством внедрения в практику полученных знаний.
3. Создавать возможность для расширения компетенций работников в рамках квалификационных характеристик.
4. Повышать престиж профессии медицинского работника и способствовать формированию уверенности общества в высокой компетентности, профессионализме медицинских работников.

Дистанционное обучение, над которым также в настоящее время работает институт позволит в полной мере удовлетворить самые взыскательные потребности обучающихся. Новый век, объявленный веком информации открывает неограниченные возможности перед личностью в части самосовершенствования и развития. В будущем медицинский работник будет двигаться в сторону от участия в изолированных мероприятиях к процессу самоконтролируемого профессионального развития.

Этому будут способствовать особенности дистанционного обучения (ДО), а именно:

1. Гибкость. Обучающийся, в основном, не посещает регулярных занятий в виде лекций, семинаров. Каждый может учиться столько, сколько ему необходимо для освоения специальности.
2. Модульность. В основу ДО закладывается модульный принцип.
3. Параллельность. Обучение может проводиться при совмещении основной профессиональной деятельности с учебной, т.е. «без отрыва от производства».
4. Дальнодействие. Расстояние от ме-

стонахождения обучающегося до образовательного учреждения не является препятствием для эффективного образовательного процесса.

5. Асинхронность. Подразумевается тот факт, что в процессе обучения обучающий и обучаемый могут реализовать технологию обучения и учения независимо от времени, т.е. по удобному для каждого расписанию и в удобном темпе.

6. Охват. Эту особенность иногда называют «массовостью». Количество обучающихся в системе дистанционного обучения не является критичным параметром. Они имеют доступ ко многим источникам учебной информации (электронным библиотекам, базам данных), а также могут общаться друг с другом и с преподавателем через сети связи или с помощью других средств информационных технологий.

7. Рентабельность. Подразумевается экономическая эффективность ДО.

8. Преподаватель. Речь идет о новой роли преподавателя, когда на него возлагаются такие функции, как координирование познавательного процесса, корректировка преподаваемого курса, консультирование, руководство учебными проектами и т.д.

9. Обучающийся. От обучающегося (слушателя) в системе ДО требуется исключительная мотивация, самоорганизация, трудолюбие и определенный стартовый уровень образования (в т.ч. и на уровне пользователя ПК).

10. Новые информационные технологии. В системе дистанционного обучения используются, преимущественно, новые информационные технологии (компьютеры, аудио-видеотехника и др.).

В рамках совместной деятельности Минздрава Кыргызской Республики и КГМИПиПК также начато внедрение новой модели оценки уровня и качества профессиональной компетенции медицинских специалистов в рамках непрерывного профессионального развития (образования).

Оценка профессионального уровня специалистов (тестирование) предусматривает: определение четкой взаимосвязи

повышения квалификации специалистов на базах медицинских организаций образования либо посредством индивидуального обучения и набором кредит-часов с системой оценки профессионального уровня медицинских работников путем использования единого банка тестовых вопросов повышающейся сложности; введение единой системы допуска к осуществлению медицинской деятельности на территории Кыргызской Республики для всех специалистов (работающих 5 лет и более) на основе сертификатов.

Аттестационный экзамен проводится при соответствии заявителя установленным критериям, включающих в себя наличие определенного количества теоретических часов и практического стажа деятельности.

При этом, врачи могут получить необходимое количество часов как на традиционных курсах повышения квалификации, так и посредством индивидуального обучения и набора кредит – часов.

Набранное количество баллов по результатам тестирования будет учитываться при прохождении ими аттестации и присвоения категорий. Предлагаемая процедура тестирования проводится с целью объективной и прозрачной оценки уровня профессиональной подготовки, квалификации и знаний врачей. Предметные тесты содержат задания для выявления уровня знаний участников тестирования по соответствующим специальностям. Тесты состоят из 100 вопросов, время тестирования 100 минут, из расчета 1 минута на один вопрос. При этом оценка тестового экзамена осуществляется по следующим критериям:

- специалист, ответивший правильно на 70% и более тестовых заданий считается прошедшим аттестацию и допускается до собеседования;

- специалист, набравший ниже 70% правильных ответов на тестовые задания не допускается до собеседования. На основании прохождения тестирования специалистам присваиваются следующие категории:

-высшая категория – при наличии стажа практической работы не менее 10 лет и ответившему на 90% и более тестовых заданий; первая квалификационная категория – ответившему на 80% и выше тестовых заданий, при наличии стажа непрерывной работы по соответствующей специальности не менее 7 лет; вторая квалификационная категория присваивается специалисту, ответившему на 70% и до 80% тестовых заданий при наличии стажа непрерывной работы по соответствующей специальности не менее 5 лет.

Следующий этап оценки профессиональной компетенции врачей включает оценку клинических навыков. Оценка клинических навыков – одна из наиболее важных составляющих оценки квалификационного уровня врачей.

Немаловажную роль в определении степени владения практическими навыками играет оценка отчетов о практической деятельности врачей за последние 3 года.

Преимущества новой системы оценки качества и уровня профессиональной компетенции медицинских кадров:

1.изменение содержания программ дополнительного образования, внедрение новых образовательных технологий, введение кредит-часов, внедрение системы независимой оценки уровня профессиональной компетенции на основании единого банка тестовых вопросов, что повысит мотивацию врачей к достижению высоких результатов процесса обучения и обеспечит непрерывность профессионального развития.

2.применение единых стандартных тестов, повышающейся трудности на разных этапах обучения в системе непрерывного образования и в аттестации позволит вести сравнительный анализ уровня и качества компетенции специалиста.

3.введение единой системы допуска к осуществлению медицинской деятельности на территории Кыргызской Республики для всех специалистов, без тесной взаимосвязи со стажем практиче-

ской работы, при дифференциации объемов теоретических знаний и практических навыков в зависимости от заявляемой категории, позволит сместить акценты работы аттестационных комиссий с формального подхода в сторону качественного анализа уровня подготовки специалиста.

4.исключение дублирования процедур оценки профессиональной компетенции медицинских и фармацевтических кадров;

5.реализация возможности специалиста с 5 летним стажем работы по специальности претендовать на первую и вторую категории;

6.единый подход к определению профессиональной компетенции медицинских работников, использование единой базы тестовых вопросов,

Таким образом, введение инновационных форм и методов обучения в рамках НПП (образования) а также введение новой системы оценки качества и уровня профессиональной компетенции медицинских кадров позволит повысить мотивацию и профессиональный уровень медицинских работников, и, следовательно, качество оказываемой ими медицинской помощи населению.

Литература

1.Антонов В.В., Гончар Н.Т. Оптимизация модели последипломного обучения

врачей на базе Псковской областной больницы // Здоровоохранение. - 2006. - №3. - С. 39 - 44.

2.Выжигина М.А., Сизова Ж.М., Ших Е.В. Система кредитных единиц в послевузовском профессиональном образовании врачей// Медицинское образование и профессиональное развитие. -2010. -№1(1).- С.25-32.

3.Гиббс Т., Химион Л.В. Начиная дискуссию о медицинском образовании: первый шаг в начало новой захватывающей эры.// Медицинское образование и профессиональное развитие.-2010.-№2(2).- С.24-25.

4.Джузенова Б.С., Артыкбаева А.К. Новые формы обучения в системе последипломного образования в семейной медицине//Медицинские кадры 21 века.-2004.- №1.- С.74-77.

5.Положение о порядке проведения тестирования специалистов системы здравоохранения Кыргызской Республике (приказ МЗКР №338 от 2011 г.; приказ МЗКР №630 от 21.11..2012 г)

6.Скосарев Ю.П. К разработке модели системы проблемного обучения в вузе// Сайт проекта Интернет-конференции «Актуальные проблемы медицинского образования», прямая ссылка – <http://vgmu.vitebsk.net/intconf/sect3/1.htm>

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВИНТОВЫХ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ ПРИ ПРОТЕЗИРОВАНИИ БЕЗЗУБОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Коомбаев К.К.

Городская стоматологическая поликлиника №4 г. Бишкек

Резюме. Клинические наблюдения автора (4 больных) показали, возможность изготовления несъемных зубных протезов с опорой на дентальные винтовые одноэтапные имплантаты при вторичной полной адентии нижней челюсти.

Ключевые слова: имплантат, протез, адентия, лоскут.

Протезирование зубов при полной вторичной адентии является сложной и не до конца решенной проблемой ортопедической стоматологии. Полное отсутствие

зубов с возрастом увеличивается, у лиц старше 60 лет достигает 25% и более. В развитых странах увеличивается продолжительность жизни людей, что, в свою

очередь способствует возрастанию числа лиц с полной потерей зубов. Однако анатомические, физические и психические изменения у людей в преклонном возрасте вызывают затруднения при протезировании беззубых челюстей. По этой причине 20-25% больных не пользуются полными зубными протезами.

При планировании протезирования больных с беззубыми челюстями решают ряд вопросов, среди которых чрезвычайно важным является фиксация протезов. По общепринятой методике изготовления полных съемных зубных протезов добиваются их фиксации за счет адгезии и функционального присасывания. Однако, это очень трудоемкий процесс, требующий от специалиста высокой квалификации. Из-за того, что зубные протезы воспринимаются тканями протезного ложа человека как инородное тело и являются сильным раздражителем для нервных окончаний слизистой оболочки рта, у этих пациентов наблюдается выраженный рвотный рефлекс, гиперсаливация, затрудняется речь, прием пищи, жевания и др. так называемая адаптация к зубным протезам длится до 1-1,5 месяцев. При некачественном изготовлении протезов больные так и не могут пользоваться ими.

Как отмечает (3), существует категория больных, страстно желающих избавиться от съемных протезов и настойчиво требующих проведения с этой целью имплантации даже при наличии противопоказаний. Однако не следует идти по поводу у таких больных, поскольку применение дентальных имплантатов должно быть обосновано. По мнению автора, наряду с другими, показаниями к применению имплантатов являются полное отсутствие зубов, особенно при значительной атрофии альвеолярного отростка, а также непереносимость съемных протезов вследствие повышенной чувствительности к акрилатам или при выраженном рвотном рефлексе.

Одновременное пользование двумя съемными протезами тяжело переносится больными, а методика дентальной имплантации может освободить больного от одного из съемных протезов или улучшить их

стабилизацию. Изготовление зубных протезов с опорой на имплантаты чаще используется на нижней челюсти. Так как плотность кости нижней челюсти более благоприятен для установки имплантатов, и неблагоприятные условия на верхней челюсти для имплантирования. Несмотря на это, остается нерешенным до конца вопрос о том, изготовлению какого зубного протеза с опорой на дентальные имплантаты следует отдавать предпочтение? На наш взгляд, заслуживает внимания мнение (4). При наличии объема и качества костных тканей, позволяющих установить два или три имплантата, автор рекомендует изготовление съемных зубных протезов. Если нет ограничений со стороны костных тканей и альвеолярного гребня и возможно установление 8 и более имплантатов, показано изготовление несъемного мостовидного протеза по дуге. Это в основном касается винтовых дентальных имплантатов. Что касается пластиночных дентальных имплантатов, используемых в качестве опор для зубных протезов, вопрос нуждается в углубленном изучении.

Целью работы являлось изучение возможности одноэтапных винтовых дентальных имплантатов в качестве опоры для несъемных зубных протезов при беззубой челюсти.

Под наблюдением находились 4 больных в возрасте от 50 до 60 лет с полной вторичной адентией верхней и нижней челюстью. Больные подвергались всестороннему клинко-рентгенологическому обследованию. У них изучались анамнез жизни, общий соматический статус, причины потери зубов, общие анализы крови и мочи, уровень сахара в крови, клинко-рентгенологическая картина дефекта зубного ряда, степень атрофии альвеолярного отростка, толщина слизистой оболочки альвеолярного гребня, структура костной ткани, границы верхнечелюстной пазухи, грушевидного отверстия, нижнечелюстного канала и др.

После установления показаний к дентальной имплантации проводили по показаниям санацию полости рта, на панорамной рентгенограмме определяли места для

установления дентальных имплантатов. С учетом конструкции будущих зубных протезов определяли количество имплантатов. Во всех случаях мы использовали винтовые имплантаты из титана марки В-1-00, изготовленные фирмы «Vito-Plant» (Украина). Анатомо-топографические особенности верхней челюсти у всех наблюдаемых нами больных не позволяли установить имплантаты, чтобы изготовить пациентам несъемные зубные протезы. А на нижней челюсти костная структура была удовлетворительной для имплантатов. И мы приняли решение на нижней челюсти установить по 9-10 винтовых имплантатов и установить металлокерамический мостовидный протез по дуге по описанной нами методике (5), а на верхнюю челюсть съемный пластинчатый протез. Такая необходимость диктовалась тем, что эти больные были среднего возраста и категорически не воспринимали возможность использования съемных зубных протезов на обе челюсти.

Для иллюстрации приводим выписки из историй болезни.

1. Б-й Ч-н В., 1955 г.р., и.б. 72, обратился в клинику 20.10.2009 г. с жалобами на отсутствие зубов верхней и нижней челюсти, затрудненный прием пищи, нарушение речи, невозможность пользования съемным зубным протезом верхней и нижней челюсти. После клинико-рентгенологического обследования

установлен диагноз: Полная вторичная адентия верхней и нижней челюсти. С учетом анамнеза больной и анатомического положения верхней челюсти, было принято решение установить 10 винтовых имплантатов качестве опоры для будущего металлокерамического мостовидного протеза по дуге. Операция дентальной имплантации проведена в один этап 26.10.2009г. Под премедикацией и местной проводниковой + инфильтрационной анестезией Sol. Убестезин 2,0-8,0. спец бором сформировано ложе для имплантатов в области удаленных 42,43,44,45,46 после предварительного удаление слизисто-надкостничного лоскута спец инструментом вкрутили имплантаты по очередно без осложнений. Через 10 минут повторили операцию имплантацию на противоположной стороне в области 32,33,34,35,36 имплантаты вкручены без осложнений. В послеоперационном периоде проводился антисептический уход за послеоперационной раной, назначалась антибактериальная терапия. После ликвидации послеоперационного отека тканей и улучшения состояния больной приступали к изготовлению несъемного зубного протеза. Готовый несъемный металлокерамический мостовидный протез по дуге на нижней челюсти с опорой на 10 винтовых имплантатах сдан через 5 дней. И приступили к протезирование верхней челюсти съемным пластинчатым протезом. Съемный протез сдан через 3 дня. Дан совет по гигиеническому уходу за полостью рта и протезами.



Рисунок 1. Отпечаток панорамный рентгенограммы: Состояние имплантатов, костных тканей челюстей, зубных протезов у б-й Ч-н В. через 3 года (2012г.)

Наблюдения показали, что изготовленный несъемный мостовидный металло-

керамический протез по дуге на нижней челюсти с опорой на винтовые имплантаты

и съемным протезом на верхней челюсти в течение трех лет хорошо функционировал в полости рта и позволил избавиться больного от ношения двух съемных протезов. Это является одним из основных преимуществ использования дентальных имплантатов в качестве опоры для зубных протезов. Больной удовлетворен протезированием.

2. Б-я А-в А., 1955 г.р., и.б. №72, обратилась в клинику 03.09.2010 г. с жалобами на отсутствие зубов на верхней и нижней челюсти, затрудненный прием пищи, эстетический дефект. После клинко-рентгенологического об-

следования установлен диагноз: Полная вторичная адентия верхней и нижней челюсти. С учетом анатомо-топографических особенностей челюстей принято решение установить 10 винтовых имплантатов на нижнюю челюсть. В ходе операции один имплант в области 47 зуба сломался. Операция дентальной имплантации и изготовление зубных протезов проведены поэтапно. На нижней челюсти имплантат введен в кость 03.09.2010г. Больной изготовлены металлокерамические протезы по дуге, на верхнюю челюсть съемный пластинчатый протез.

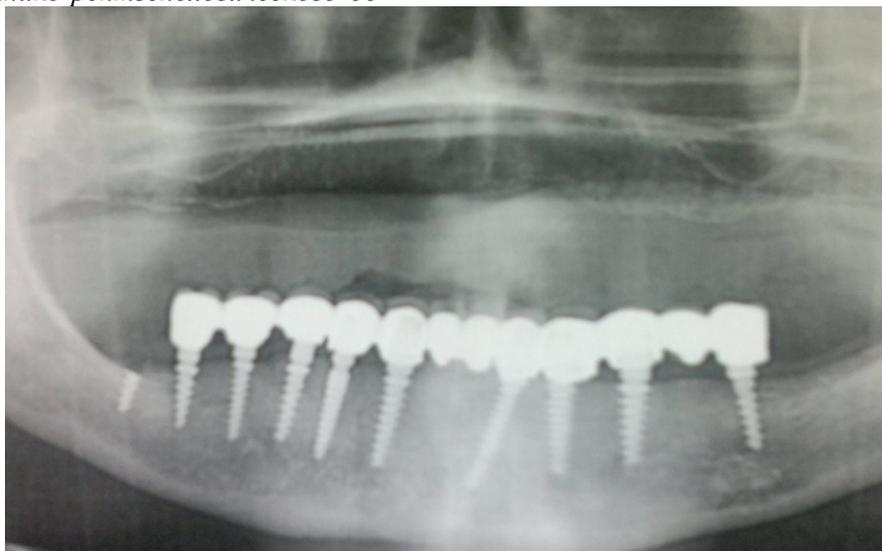


Рисунок 2. Отпечаток панорамной рентгенограммы: состояние имплантатов, костных тканей челюстей и зубных протезов после постоянной фиксации у б-ой А-в А. (2012г.)

Описанный клинический случай вновь подтвердил возможности использования винтовых дентальных имплантатов в зубном протезировании при беззубой нижней челюсти.

Таким образом, наши клинические наблюдения на протяжении более 3 лет позволяют заключить, что при полной вторичной адентии верхней челюсти и нижней челюсти в качестве альтернативы полному съемному протезу на нижней челюсти может служить изготовление несъемных зубных протезов с опорой на дентальные винтовые имплантаты и съемный пластинчатый протез на верхней челюсти.

Литература

1. Ортопедическая стоматология:

учебник // Под ред. В.Н. Копейкина. – М., 1988. – 512с.

2. Танрыкулиев П. Клиника и протезирование больных с беззубыми челюстями. – А.: Магарыф. – 1988.-256с.

3. Суров О.Н. Зубное протезирование на имплантатах.-М., 1993.-208с.

4. Land V.R.// Остеоинтеграция в стоматологии. – Изд-во «Квинтэссенция». - 1994. – С.83-108.

5. Применение металлокерамических имплантатов в стоматологии: Метод. Рекомендации/ МЗ Лит. ССР; Разраб. Каунасский мед. институт; Авт.: Чепулис С.П., Суров О.Н., Черникис А.С.- Каунас, 1984.-23с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОТО ДРЕНАЖНОГО УСТРОЙСТВА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ

Ешиев А.М., Зазиловский З., Абдуллаева С.А.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Бет- жаак жана моюндагы иридеп кеткен бөлүктөрдүү, түтүктүн ичине орнотулган көк түстөгү свет менен дарылоо ыкмасын колдонуу.

Резюме: Результаты применения синего света при помощи фото дренажного устройства для лечения гнилостно-некротической флегмоны челюстно-лицевой области и шеи у 30 больных на базе челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной клинической больницы.

Ключевые слова: синий свет, флегмона.

За последние десятилетия количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями различной этиологии и локализации, к сожалению, не проявляют тенденции к уменьшению, и составляют от 30 до 35% от всего количества хирургических больных. Актуальной остается проблема гнойной инфекции в челюстно-лицевой хирургии, как раздела общей хирургии. Установлено, что больные с гнойно-воспалительными заболеваниями лица и челюстей составляют от 47,1 до 61,7% коечного фонда челюстно-лицевых стационаров.

Проблема лечения гнойных ран и раневой инфекции всегда занимала ведущее место в хирургической практике. Это во многом объясняется возрастанием частоты возникновения инфекционно-воспалительных процессов, увеличением числа случаев тяжелой формы гнойной инфекции нередко приводящих к летальному исходу [1].

Своеобразие клинического течения и прогноз заболевания при флегмонах челюстно-лицевой области и шеи во многом определяется локализацией первичного очага инфекции, анатомо - топографическими и иммунобиологическими особенностями данной области и целого организма, возраста больных, наличием фоновой патологии, неблагоприятных факторов внешней среды, культуральными свойствами возбудителя, сроками обращения и

адекватностью догоспитального и стационарного лечения [2,3, 4].

Целью настоящего клинического исследования явилось повышение эффективности комплексного лечения больных с флегмоной челюстно-лицевой области и шеи путем использования синего света.

Материалы и методы исследования. Объектом клинических исследований явились 30 больных с гнилостно-некротической флегмоной челюстно-лицевой области и шеи, получавших лечение в отделении челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы. При формировании групп исследования придерживались следующих условий: отсутствие тяжелой хронической сопутствующей патологии органов и систем, сроки оказания специализированной помощи, продолжительность заболевания. Возраст варьировался от 16 до 56 лет. В зависимости от метода лечения больных разделили на 2 группы. В первой основной группе (15 человек) в комплексное лечение включили облучение полости синим светом при помощи фото дренажного устройства. Дренирование и одновременно внутривоспалительное физиолечение послеоперационной раны синим светом осуществляется следующим образом: после вскрытия флегмоны и промывания послеоперационной полости в рану вводится фото дренаж на всю её глубину. Через дренаж вводятся и отсасываются антисептики, после чего включается синий

свет кнопочным включателем на 10 минут ежедневно на протяжении 3-5 дней. (Время лечения при помощи фото дренажа регулируется в зависимости от объема гнойного отделяемого из раны). Для проведения фотодинамической терапии через дренаж может вводиться фотосенсибилизатор, например 0,1% метиленовая синька, после чего через 3-5 минут после пропитывания синькой раневой поверхности, включается синий свет с длиной волны 450нм на 10-15 минут.

Во второй сравниваемой группе (15 больных) проводили классическое комплексное лечение: антибактериальная терапия и вскрытие флегмон с последующим дренированием резиновым выпускником, без применения синего света. Для сравнения этих методов лечения флегмон челюстно-лицевой области и шеи нами были проведены общеклинические и микробиологические исследования. Полученный материал обрабатывали методом вариационной статистики по Стьюденту.

Результаты исследования их обсуждения. Как показали наши наблюдения, особенности клинического течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи складывались из симптомов, характеризующих первичный очаг воспаления и совокупности симптомов, характерных для воспалительного процесса данной анатомической области или пространства. В подавляющем большинстве случаев, флегмоны занимали одну из анатомических областей (90,1%), реже две и более области (9,9%). Наиболее частой локализацией таких прогрессирующих флегмон являлись: дно полости рта, околоушно-жевательная области, и область передней и боковой поверхности шеи. В день госпитализации у 67,5% больных общее состояние расценено как средней тяжести, у 32,5% - как тяжелое. Разлитые гнилостно-некротические флегмоны с тяжелым клиническим течением заболевания наиболее часто встречались у больных из сельской местности, то есть играло роль позднее обращение за помощью в специализированные учреждения.

Для поверхностных флегмон был характерен диффузный болезненный инфильтрат, покрытый напряженной, гиперемированной кожей, не собирающейся в складку. В окружности инфильтрата имелся резко выраженный коллатеральный отек, из-за которого невозможно определить границу флегмонозного процесса. При глубоких флегмонах коллатеральный отек и инфильтрация тканей были менее выражены. Гиперемия кожных покровов почти не отмечалась. Но при этом отмечалась выраженная контрактура нижней челюсти, нарушался акт жевания.

Проведенные микробиологические исследования показали, что возбудители флегмон челюстно-лицевой области и шеи у 68,4% обследованных больных были представлены в виде монокультур. При этом в 92,1% выделенные штаммы микроорганизмов оказались грамположительными. Среди них стафилококки составляют - 59,9%, стрептококки- 32,2%. У 7,9% больных выделена грамотрицательная флора. Среди микроорганизмов, явившихся возбудителями острых гнойно-воспалительных заболеваний, в 95,6% случаях высевалась аэробная флора, и только в 4,4% случаях микробиологический посев в аэробных условиях был стерильным.

Количественный микробиологический анализ гнойных ран у больных в день госпитализации (КОЕ на 1мл секрета) $6,6 \times 10^9$. В основной группе после комплексного лечения с применением синего света через 3 суток при повторных бактериологических исследованиях - $6,6 \times 10^5$ КОЕ, через 5 дней $6,6 \times 10^3$ КОЕ. В сравниваемой группе - соответственно $6,6 \times 10^8$ КОЕ, $6,6 \times 10^6$ КОЕ.

Нами изучалась антибиотико-чувствительность основных возбудителей штаммов стафилококков, стрептококков и синегнойной палочки. Стафилококки преимущественно были чувствительны к ротоцефу, кефзолу, цефазолину, гентамицину, линкомицину и оксациллину; стрептококки - к кефзолу, мандолу, гентамицину, стрептомицину, а синегнойная палочка к мандолу и кефзолу. Эти данные использо-

вались для коррекции схем лечения больных.

Установлено, что комплексное лечение с применением синего света уже с первых часов применения оказывает свое положительное действие на гнойную рану. Отмечено, что у большинства больных основной группы улучшение общего состояния, аппетита, сна, наступает уже на вторые-третьи сутки (у больных сравниваемой группы - на 4-5 сутки лечения). Доказательством этому является сравнительно быстрое восстановление у больных основной группы таких показателей, как количество лейкоцитов в периферической крови и уровня СОЭ: при поступлении $10,25 \times 10^9$ через 3 суток $8,1$ через 5 суток $5,8 \times 10^9$,

СОЭ при поступлении 23-25мм/час. через 5суток 14-15мм/час. Также можно отметить сроки нормализации температуры тела в основной группе к 3-4 суткам. В сравниваемой группе уровень лейкоцитов даже через 3 суток остается без изменения, через 5 дней отмечается лишь незначительное уменьшение $10,03 \times 10^9$. СОЭ через 3суток без изменений, после 5суток отмечается незначительное снижение до 20-23мм/час. Температура тела в сравниваемой группе нормализовалась к 5-7суткам.

В местной картине заболевания отмечалось достоверное различие в течение раневого процесса у больных основной и сравниваемой групп (табл.1).

Таблица 1. Сравнительные аспекты течение раневого процесса обеих групп.

Показатель (сутки)	Сроки (сутки)			
	Основная группа		Сравниваемая группа	
	М	± m	М	± m
Рассасывание отека тканей	3,1	0,02	5,2	0,18
Рассасывание воспалительного инфильтрата	4,6	0,03	8,5	0,20
Прекращение гнойного отделяемого	3,5	0,12	7,9	0,31
Появление грануляционной ткани	3,6	0,65	7,4	0,12
Краевая эпителизация раны	4,8	0,05	9,1	0,09
Полное заживление раны	9,3	0,08	13,9	0,02

$P < 0,001$

Анализ проведенных исследований показал, что цитологическая картина состояния раневой поверхности за первые сутки после дренирования окологлазничных флегмон была одинакова у всех больных, и характеризовалось обилием смешанной микрофлоры вокруг полиморфно-ядерных нейтрофилов, которые имели патологическую зернистость в цитоплазмах.

В последующем отмечалось абсолютное и достоверное различие цитологической картины в сравниваемой и основной группах на 4,7 также и на 10 сутки исследования в пользу последней.

Главной особенностью раневого процесса для лечения гнойных ран синим светом является ускоренное заживление раны, быстрое созревание фибробластов в грануляционной ткани, активное образова-

ние коллагеновых волокон и менее выраженная воспалительная реакция.

Таким образом, комплексное лечение с применением синего света флегмон челюстно-лицевой области и шеи способствует ранней нормализации показателей общей реакции организма у больных, быстрому очищению раны от патогенной микрофлоры и ускоренному наступлению репаративных процессов с образованием хороших косметических результатов.

Литература

1. Бакиев Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи. //Здравоохранение Кыргызстана.-2009.-№5.-С.-69-74.
2. Робустова Т.Г., Губин М.А., Стародубцев В.С. Диагностика распространенных флегмон и их осложнений, страте-

гия комплексного лечения //Стоматология: Спец выпуск.-1996.-74с.

3. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи.-М.: Мед.пресс,2003.-230с.

4. Ушаков Р.В., Царев В.М. Чувствительность возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи к антибактериальным препаратам //Стоматология.-1993.-Т.72.-№1.-С.13-16

5. Borrow, P.A. and J.S.Soothil.(1997). Bacteriophage Therapy and Prophylax-

is:rediscovery and renewed assessment of the potential.Trends Microbiol 5:268-271

6. Lederberg,Joshua(1996) Smaller Fleas.... Ad infinitum:Therapeutic Bacteriophage:PNAS 93:3167-3168

7. Levin,Bruse and J.J Bull(1996) Phage Therapy Revisited:The Population Biology of a Bacteril infection and its Treatment with Bacteriophage and Antibiotics. The American Naturalist 147:881-898

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Калжикеев А.М.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К.Ахунбаева, НХЦ МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: При выраженных формах стеноза, проявляющихся расширением желудка и нарушением его двигательной функции, ваготомию в сочетании с дренирующими операциями производить нецелесообразно. Методом выбора при лечении язвенных процессов в пилоро-дуоденальной области мы считаем резекцию желудка по способу Бильрот – II или Бильрот – I. Как правило, резецируется не менее 2/3 желудка.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка, гастродуоденальная язва, пилородуоденальный стеноз, деформация, ваготомия, резекция.

Введение. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием. До 8—12% взрослого населения развитых стран в течение своей жизни болеют язвенной болезнью. Число больных язвенной болезнью в Европе достигает 1—2% взрослого населения. У мужчин трудоспособного возраста (25-50 лет) язвенная болезнь бывает в 6-7 раз чаще, чем у женщин. Стеноз пилородуоденальной области развивается у 10 - 20% больных страдающих язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка. Если обратиться к статистике наиболее часто дуоденальная язва является причиной стеноза, из общего числа оперированных по поводу язвы двенадцатиперстной кишки доля больных со стенозом составляет 48 – 75% [6.10.16], редко к такому осложнению

приводят язвенные поражения пилорического канала.

Как правило, характерным для гастродуоденальной язвы является хроническое рецидивирующее течение, имеющим тенденции к прогрессированию процесса, склонностью к развитию тяжелых, порой опасных для жизни осложнений приводящих к расстройству гомеостаза и глубоким метаболическим расстройствам в организме, поэтому всегда требует хирургического лечения, так как дальнейшее рубцевание приводит к еще большему стенозированию.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с язвенными стенозами пилородуоденальной области, имеющих высокую степень операционного риска.

Материал и методы исследования. В Национальном хирургическом центре

МЗ КР за период с 1983 - 2006 гг. нами были проведены операции 6965 больным по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них в связи с язвенными стенозами пилородуоденальной области оперированы 362 больных (5,2%). В возрасте до 30 лет 75 (20,8%) больных, 31 – 40 лет -145 (40,0%), 41 – 50 лет – 100(27,6%), 51 – 60 лет – 31 (8,6%) старше 60 лет – 11 (3,0%). Мужчин было 334 (92,3%), женщин – 28 (7,7%). Среди этих больных средний возраст составил 37,5 +5,5 лет, мужчин было в 10 раз больше чем женщин. Количество больных страдающих стенозом пилородуоденальной области несмотря на активное внедрение в клиническую практику препаратов (блокаторов H₂ – гистаминных препаратов, ингибиторов протонной помпы), а также с применением антихеликобактерных средств в данное время не имеет тенденции к снижению, хо-

тя среди других осложнений язвенной болезни оно встречается сравнительно реже[13].

По всей вероятности это связано с недостаточной степенью организации системы лечения и осуществления диспансеризации больных с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

На основании данных нашего наблюдения длительность течения язвенной болезнью до 5 лет имели 101 (27,9%) больных, от 5 до 10 лет – 111 (30,6%), от 11 до 15 лет 85 (23,4%) свыше 15 лет 65 (17,9%). В анамнезе желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии было у 31 (8,5%) больных, ушивание перфоративной язвы произведено 47 (12,9%) больным.

Для определения стадии пилородуоденального стеноза существуют клинические, анатомические и функциональные критерии (табл. 1).

Таблица 1. - Частота жалоб и симптомов при различных стадиях стеноза пилородуоденальной области у больных язвенной болезнью.

Стадии стеноза	Число больных	Частота жалоб и симптомов							
		Усиление болей в эпигастриальной области	Тяжесть после еды в эпигастриальной области	Рвота		Изжога, отрыжка кислым	Отрыжка тухлым	Потеря веса	«шум плеска» в желудке
				самопроизвольная	Вызванная искусственно				
Компенсированная	78	63	18	24	26	39	11	9	11
Субкомпенсированная	124	74	48	82	30	51	35	41	51
Декомпенсированная	160	89	126	106	123	42	99	14 9	176
Итого	362	226	192	212	179	132	14 5	19 9	238

Стадию пилородуоденального стеноза можно определить на основании сопоставления клинических, рентгенологических, эндоскопических данных и результатов исследования эвакуаторной функции желудка.

Мы различаем 3 стадии пилородуоденальных стенозов:

I стадия – компенсированный, II стадия – субкомпенсированный, III – стадия

декомпенсированный пилородуоденальный.

Согласно классификации язвенных стенозов пилородуоденальной области, принятой в настоящее время большинством авторов (А.В.Телия; Х.Браилски; А.В.Ефремов и К.Д.Эрристан; В.Б.Стрижевский), все больные были подразделены на 3 группы: с компенсированной формой стеноз -78 (21,6%), с субком-

пенсированной – 124(34,3%) и с декомпенсированной – 160 (44,1 %) человек. Заключение о стадии стеноза давалось на основании клинико-рентгенологических данных и операционных находок. Как видно из табл.2, каждая стадия стеноза имеет свое

клиническое проявление. При рентгенологическом исследовании правильный диагноз стеноза выходного отдела желудка устанавливается в 55-60% случаев (Савченко В.С. 1980).

Таблица 2. - Частота отдельных рентгенологических признаков при различных стадиях стеноза пилорoduоденальной области у больных язвенной болезнью.

Стадии стеноза	Число больных	Рентгенологический признак									
		Жидкость наощак	Гипогония желудка	Гиперперистальтика желудка	Эвакуация		Сглаженность складок	Симптом		Деформация	
					замедленная	Нормальная		«чаши»	«ниши»	луковицы	привратника
Компенсированная	78	23	19	5	16	16	-	7	21	22	6
Субкомпенсированная	124	39	31	26	41	10	11	29	27	27	10
Декомпенсированная	160	79	79	-	79	-	41	71	9	26	25
Итого	362	141	129	31	136	26	52	107	57	75	41

Результаты и их обсуждение. Для оценки ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пилорoduоденального стеноза тем или иным методом необходимо провести тщательный анализ.

Благодаря значительным успехом противоязвенной терапии количество плановых операций у пациентов с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки за последние 20 – 25 сократилась до минимума (1- 2%), с другой - отмечается стремительный рост число операций, выполняемых по неотложным показаниям (в 1,5- 2,5 раза) у больных с осложненными формами болезни (декомпенсированный пилоростеноз, кровотечение, префорация) [4].

Касаясь показаний к оперативному лечению непосредственно при стенозах язвенного происхождения, следует отметить, что до настоящего времени нет единства мнений. Е.Л. Березов, Н.А. Кипшидзе, А.А. Чернявский, настаивают на операциях при всех стадиях стеноза. Г.М. Зорохович,

М.П.Кончаловский др. рекомендуют оперировать лишь при выраженных стадиях стеноза. К абсолютным показаниям оперативному лечению относят декомпенсированные, а к относительным – компенсированные и субкомпенсированные стенозы.

На основании личного опыта мы согласны с Ю.А. Березовым, который считает, что «даже компенсированные формы стеноза являются абсолютным показанием к операции, так как дальнейшее рубцевание приводит к еще большему стенозированию». Задержка с операцией может привести к резкому ухудшению состояния больного и исход операции.

В числе оперированных в неотложном порядке сочетании стеноза с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки 21 больных, профузным гастродуоденальным кровотечением - 11.

Во время операций по поводу стенозирующих язв в пилорoduоденальной области у 226 (62,4%) обнаружен массивный спаечный процесс, рубцовое перерождение

стенки двенадцатиперстной кишки и резкое снижение ее пластических свойств. По нашим данным, сочетание стеноза с пенетрацией язвы в гепатодуоденальную связку, желчный пузырь, печень, поджелудочную железу и ободочную кишку имелось у – 142 (39,2%) больных.

Резекции 2/3 желудка по способу Бильрот – II произведено 217 (60%) больным.

Резекции 2/3 желудка по способу Бильрот – I произведено 122 (33,7%) больным.

Ваготомию в сочетании с дренирующей желудок операцией при перфорации язвы выплонили 23(6,3%) больным:

а) СПВ + Ушивание перфоративной язвы – у 3

б) СПВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Гейнеке – Микуличу – у 2

в) СПВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Финнею – у 6

г) ТВ+ иссечение перфоративной язвы ПП по Финнею. – у 10.

Из 341 больных, которым было произведено резекция желудка по способу Бильрот – I и Бильрот – II, непосредственно после операции осложнения возникли у – 9 (2,7%). Легочное осложнения – у 2 пневмония, нагноение послеоперационной раны отмечено у – 1, непроходимость кишечника у – 2, тромбоз вен нижних конечностей у – 2, острый панкреатит у – 2.

Послеоперационная летальность составила 0,6%. Причиной летального исхода после резекции желудка у одного больного было несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, второго – инфаркт миокарда. После ваготомии с дренирующей желудок операцией возникли осложнения у – 3 больных: пневмония – у 2, тромбоз вен у – 1. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты изучали от 1г до 10 лет.

Результаты лечения оценивали по схеме Visick. Отличными и хорошими после резекции желудка они признаны у – 85,3%, удовлетворительными у – 14,1%, неудовлетворительными у – 0,6%.

После ваготомии с дренирующей желудок операцией Отличные и хорошие результаты получены – у 82,6%, удовлетво-

рительные – у 13,1%, неудовлетворительные – у 4,3%.

В последние годы некоторые хирурги при лечении данного осложнения стали использовать сочетание селективной ваготомии с дренирующими операциями или с экономной резекцией желудка. Однако имеется много работ, в которых отмечается, что после ваготомии в сочетании с дренирующей операцией, произведенной больным с язвенными пилоростенозами, усугубляются тяжелые эвакуаторные расстройства (Kraft, Bergin, Jiodan, Harper).

Как показали исследования К.С. Вирсаладзе, В.А. Кузнецова, В.Б. Стрижевского и др., при пилородуоденальных стенозах в стадии суб – и декомпенсаций наступают выраженные дегенеративные изменения в нервных сплетениях и эластической субстанции желудка.

На основании этого мы считаем, что при выраженных формах стеноза, проявляющихся расширением желудка и нарушением его двигательной функции, ваготомию в сочетании с дренирующими операциями производить нецелесообразно.

Опасность образования слишком большой деформаций и стоаза из-за расширения желудка, деформации луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет нам высказаться против пилоропластики.

Для профилактики атонии культи желудка мы рекомендуем осуществлять в течение 2-3сут после операции постоянную декомпрессию при помощи тонкого назогастрального зонда, подключенного к аспирирующей трехбаночной системе. Обнадеживающие результаты были получены нами и в отношении профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при помощи того же зонда. Когда культя ушивается с трудом, мы во время операции проводим зонд через анастомоз в культю и подключаем на 3-4 сут к аспирирующей трехбаночной системе.

Выводы

1. Тщательная коррекция нарушенного гомеостаза перед операцией и обеспечение его во время и после вмешательства во многом определяют успех лечения.

2. Для снижения послеоперационной

летальности и постгастрорезекционных синдромов, больных с язвенной болезнью привратника и двенадцатиперстной кишки необходимо оперировать до развития пилородуоденального стеноза.

3. Операцией выбора при пилоростенозе является резекция желудка по способу Бильрот – II или Бильрот – I. Селективная ваготомия в сочетании с антрэктомией может производиться больным с дуоденальными стенозами только в стадии компенсации.

4. Декомпрессия культи двенадцатиперстной кишки при помощи назогастрального зонда и аспирирующей системы является хорошей профилактикой несостоятельности швов, декомпрессии культи желудка предупреждает развитие ее атонии.

Литература:

1. Агейчев В.А. Панцырев Ю.М., Чернякевич., Михалев А.И. Пилородуоденальный язвенный стеноз. Ереван 1985; 240.

2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. Лечение прободной язвы. М 2005; 166.

3. Власов А.П., Кукош М.В., Сарев В.В., Степанов Ю.П. Резекционная хирургия желудка. Нижний Новгород: НГМА 2005; 358.

4. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А. и др. Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами. Эндоск. хир. 2005; 1: 38.

5. Жерлов Г.К., Баранов А.И. Борщ Д.Г. и др. Хирургическое лечение «трудных» язв желудка. Вестн хир 1999; 158, 3: 46—50.

6. Кривицкий Д.И., Шуляренко В.А., Параций З.З. Хирургическое лечение стенозирующих и пенетрирующих гастродуоденальных язв // Вестн. хир.-1990.- № 5.-С. 96 – 98.

7. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни.

Новосибирск: Наука, Сибирское отделение 1983; 194.

8. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Судакова С.Е. Стеноз привратника при язвенной болезни Клиническая хирургия №8 стр 25-27 1987

9. Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Чубинец Е.Г. Хирургическое лечение гигантских дуоденальных язв. Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар 1995; 210—213.

10. Панцырев Ю.М., Бабкова Н.В., Гельеранд Н.М., Алексеевский А.В. Прогнозирование рецидива язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии // Вестн. хир. 1989. -№ 9.-С. 17 – 24.

11. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Москшев А.П. и др. Резекция желудка по Бильрот-1 при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. Хирургия желудка и кишечника. Смоленск: СГМА 1995; 25—29.

12. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия 2005; 1: 29—32.

13. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь (Очерки клинической гастроэнтерологии). Выпуск первый. Перм. гос. мед. академия 2000; 256.

14. Черноусов А.Ф., Богопольский Г.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. М: Медицина 1996; 256.

15. Ю.М.Панцырев., Чернякевич., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза.

16. Jorlan P., Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy or selective vagotomy with antrectomy for treatment of duodenal ulcer. // Ann Surg. - 1994.-Vol. 220, № 3.- P. 283 – 296.

ПОЛИПЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ, ИХ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**Мундуков К.Ж.****Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика****Ключевые слова:** желчный пузырь, полипы, диагностика.**Резюме:** Под наблюдением находилось 112 больных с полипами желчного пузыря. Основным методом диагностики было УЗИ. При гистологическом исследовании полиповидный холестероз выявлен у 33,7% пациентов, гиперпластический – у 42,8% и аденоматозный – у 23,5%. Всем больным была выполнена холецистэктомия. Осложнений не было.**GALLBLADDER POLYPS, ITS DIAGNOSIS AND TREATMENT****K.J.Mundukov****I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, municipal clinical hospital #1. Bishkek city, Kyrgyz Republic****Key words:** gallbladder, polyps, diagnosis.**Summary:** 112 patients with gallbladder polyps were examined. The main diagnostic method was ultrasonic examination. Histological examination showed that polypoid cholesterosis was in 33,7%, hyperplastic cholesterosis was in 42,8%, and adenomatous cholesterosis was in 23,5%. Cholecystectomy was fulfilled for all patients. There were no complications.

Введение. Полипы желчного пузыря встречаются довольно часто, но в большинстве случаев ранее обнаруживали в момент операции [2,3]. Рентгенологический метод диагностики полипов малоинформативен и лишь с появлением ультразвукового исследования (УЗИ) появилась возможность определить эту патологию до операции [1,4,5]. Однако при сочетании полипов с конкрементами возникают сложности в их дифференциальной диагностике [4,6]. Кроме того, при УЗИ нет достаточно надежных критериев для определения гистологической структуры полипов, но есть возможность установить локализацию полипа, его размеры, количество полипов, состояние стенки желчного пузыря и решить тактику лечения. Идут поиски наиболее совершенных методов диагностики этого заболевания желчного пузыря

Цель исследования – представить результаты диагностики и лечения больных с полипами желчного пузыря.

Материалы и методы исследования. Анализу подвергнуто 112 больных с полипами желчного пузыря, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек в период с 2006 по 2011 год включительно. Из числа поступивших преобла-

дали женщины, их было 81 (72,3%), мужчин – 31 (27,7%), возраст их колебался от 16 до 72 лет, но большинство поступивших были в возрасте от 30 до 50 лет. Анализ оперированных больных по поводу заболеваний желчного пузыря (в основном ЖКБ) показал, что число оперированных увеличивалось незначительно, а удельный вес больных с полипами возрастал ежегодно. Так, если в 2008 году больные с полипами желчного пузыря составляли 0,57%, то в 2011 году – уже 2,44% к числу оперированных по поводу острого и хронического холецистита.

При обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовали УЗИ, при котором обращали особое внимание на локализацию, размеры полипов, их основание, бактериологическое исследование желчи, гистологическое исследование удаленных полипов и желчного пузыря и определение функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение. В результате выполненных исследований было установлено, что более частой локализацией было тело желчного пузыря (59,8%), почти в равном числе наблюдений полипы располагались в области дна и шейки пузыря (соответственно, 19,6% и 18,8%) и у

двух – в области пузырного протока. Малый размер полипа (до 3-х мм) выявлен лишь у одного больного (0,9%), наиболее часто имели место полипы размером от 5 до 10 мм (53,6%). Одиночные полипы были обнаружены у 46 (46,9%), по два полипа – у 13 (13,3%), и более двух – у 39 (39,8%).

Мы провели анализ семиотики и при этом обнаружили, что специфических симптомов, характерных для данного заболевания, не выявлено. Как правило, имели место симптомы, которые выявляются чаще всего при хроническом холецистите. Ведущим признаком была боль в правом подреберьи, чаще тупая и только в единичных наблюдениях, при локализации же полипов в области шейки пузыря и протока боль носила приступообразный характер.

При сопоставлении показателей, полученных при УЗИ, и клинических проявлений (болевой синдром) отмечена связь лишь в зависимости от локализации полипов.

При исследовании функционального состояния печени и почек было установлено, что при полипах желчного пузыря возникают нарушения, которые проявлялись в повышении уровня билирубина, хотя и у единичных больных, снижение общего белка и почти у всех наблюдалось повышение уровня трансаминазы (АЛТ, АСТ), а функциональных нарушений почек нами не выявлено.

После обследования и определения характера болезни все больные оперированы. Показанием к оперативному лечению служили: количество полипов более двух, полипы, расположенные на широком основании, размер полипов более 10 мм, полипы, расположенные у шейки и в его протоке, сочетание полипов с конкрементами, холестериновые полипы, которые нередко являются причиной острого воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы, наличие клинических проявлений заболевания, ухудшающих качество жизни больных.

Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом, осуществляли холецистэктомию из доступа в правом подреберьи или верхне-срединным доступом.

До операции выполняли УЗИ и опре-

деляли расположение желчного пузыря: при высоком расположении, ближе к правому подреберью – косой доступ, при низким и ближе к позвоночнику – верхне-срединный. У 88 больных использован косой мини доступ (5-6 см), а у остальных – верхне-срединный.

После лапаротомии и ревизии желчного пузыря стерильным шприцом пунктировали пузырь и брали желчь в количестве 2-3 мл содержимого и переносили в стерильную пробирку для бактериологического исследования. Затруднений при выполнении холецистэктомии не было, у 110 выполнена холецистэктомия от шейки пузыря, а у двух – от дна с отдельной обработкой пузырного протока и артерии. Ложе пузыря ушивали и подпеченочное пространство дренировали. После удаления пузыря осуществляли трансиллюминацию холедоха для исключения в нем конкрементов и полипов. Дренаж удаляли на 2 или 3 сутки.

После операции осматривали желчный пузырь, полипы и стенку пузыря с целью верификации (98 чел.).

При гистологическом исследовании наиболее часто выявлен гиперпластический полип – у 42 (42,8%), аденоматозные полипы имели место у 23 (23,5%) и холестерозные – у 33 (33,7%), а в стенке желчного пузыря у всех имели место признаки хронического воспаления в виде инфильтрации лимфоцитами и единичными гистиоцитами.

Анализ бактериологического посева желчи, который был выполнен у 38 больных, показал, что у 12 посев желчи роста не дал, кишечная палочка была обнаружена у 12 (31,6%), золотистый стафилококк – у 6 (15,8%), *staphylococcus albicaus* – у 6 (15,8%), а у 2 – *Clebsiella* (5,8%) с невысокой степенью обсемененности (КОЕ 10^4 - 10^5).

Выводы:

1. Полипы желчного пузыря не редкость, основным методом диагностики является УЗИ, но оно не дает возможности определить характер полипов.

2. При полипах желчного пузыря показано оперативное лечение, так как аде-

номатозные полипы имеют тенденцию к превращению в злокачественную опухоль, а холестерозные нередко являются причиной воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы. Послеоперационный период протекает благоприятно.

3. Бактериологическое исследование желчи и результаты гистологического исследования стенки пузыря дают основание утверждать о важности роли воспалительного процесса в этиопатогенезе полипов.

Литература

1. Башилов В.П. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей желчного пузыря [Текст] / В.П. Башилов, М.Ю. Бобровский // Хирургия. – 2001. - № 4. – С. 46-50.

2. Грибков Ю.И. Опухоли желчного пузыря [Текст] / Ю.И. Грибков, А.Б. Галицкий, Е.А. Савельев // Хирургия. – 1984.

- № 2. – С. 32-35.

3. Диагностика и тактика лечения при полиповидных образованиях желчного пузыря [Текст] / С.С. Саидов, Р.А. Абдуллаев, Б.С. Корняк и др. //Авиакосмическая и экологическая медицина. – 2007. - № 3. – С. 31-35.

4. Furukawa H. Small polypoid lesions of the helical computed tomography [Text] / H. Furukawa, T. Kosuge, K. Shiwada // Arch. Surg. – 2008. – Vol. 133, # 5. – P. 735-739.

5. Helpap B. Cholesterosen und adenomatosen der galleublase [Text] / B. Helpap, A. Hugel // Patologe. – 1998. – Vol.9, # 2. – P. 70-78.

6. Koga A. Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder [Text] / A. Koga, K. Watanabe, T. Fukugawa // Arch. Surg. – 1998. – Vol. 8. – P. 26-28.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ.

Усупбаев А.Ч., Кулукеев У.К.

Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации. г. Бишкек. Кыргызская Республика.

В данной статье затронута одна из наиболее актуальных проблем современной урологии и урогинекологии. Дана подробная характеристика ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря и их осложнений, статистические данные, приводимые в мировой литературе, а также методы реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: ятрогенные повреждения, урогенитальные свищи, реконструктивно-восстановительные операции.

Resume: It was presented one of the most actual problems in modern urology and urogynecology in this article. There were given detailed characteristics of iatrogenic injuries ureter and urinary bladder and their complications, statistical data, which were presented in world literature, and also methods of reconstructive-repairing operations.

Key words: iatrogenic injuries, urogenital fistules, reconstructive-repairing operations.

Еще со времен Гиппократов упоминается о возможном нанесении врачом вреда здоровью больного. Термин «ятрогения» первоначально возник для обозначения психогенных реакций больных, вызванных неумелым общением врача с пациентом [1]. К ятрогениям стали относить любое причинение вреда здоровью пациентов, связанное с проведением диагностических,

лечебных, профилактических мероприятий или в результате бездействия медицинского персонала [2, 3, 5, 11, 12].

Мочеточники и мочевой пузырь являются теми органами, которые наиболее часто повреждаются при различных оперативных вмешательствах в брюшной полости и малом тазу [4, 6, 8, 10, 11].

Лидирующие позиции в ятрогенных

повреждениях мочевыводящих путей занимают акушер-гинекологи (60%), урологи (30%) и общие хирурги (10%). Наибольшую опасность представляют радикальные и расширенные операции по поводу злокачественных заболеваний матки. В свою очередь, по данным различных авторов, ятрогенная травма мочевыводящих путей при операциях по удалению доброкачественных образований матки и по поводу воспалительных заболеваний колеблется 0,5-46% и 0,1- 17% случаев соответственно. Акушерско-гинекологическая оперативная деятельность является причиной 42-85% всех ятрогенных травм мочевыводящих органов, превышая по этому показателю общую и сосудистую хирургию, лучевую терапию и урологию [7-9]. Последствиями ятрогенных травм МП являются сужения мочеточников и уrogenитальные свищи, причиняющие тяжелые моральные и физические страдания больным [1, 3, 9-11]. А запоздалая диагностика и как следствие необратимые нарушения уродинамики ВМП и функции почки могут заканчиваться органоуносящей операцией.

Таким образом, высокая частота ятрогенных повреждений МП и как следствия сужения мочеточников и уrogenитальные свищи, а также поздняя диагно-

стика и не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочевыводящих путей.

Материалы и методы. С 2000 по 2011г. под наблюдением находились 82 больных с ятрогенными повреждениями МП. В основном больные поступали в плановом порядке и только 12 (14,6%) из них были госпитализированы по экстренным показаниям. Причинами экстренной госпитализации являлись обструктивная анурия, болевой синдром, обострение инфекционно-воспалительного процесса в почках и МП. Мужчин было 4 (4,8%), женщин – 78 (95,2%). Возраст больных колебался от 18 до 71 лет, наиболее часто ятрогенные повреждения наблюдались в наиболее трудоспособной возрастной группе - от 30 до 50 лет. Значительное преобладание женщин (95,2%) объясняется тем, что подавляющее большинство ятрогенных повреждений мочевыводящих путей произошли при акушерско-гинекологических операциях.

Распределение больных по локализации ятрогенных повреждений приведено в таблице №1.

Таблица 1. - Распределение больных по локализации ятрогенных повреждений.

Локализация повреждений	Количество пациентов	
	абс	%
Мочеточник	50	61,0
Мочевой пузырь	30	36,6
Комбинированные повреждения	2	2,4
Всего:	82	100

Как видно из таблицы, основную группу с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей составили пациенты с травмами мочеточников (61,0%) и ранения мочевого пузыря (36,6%). Только у 2 (2,4%) больных имела место комбинированная травма мочеточников и мочевого пузыря.

Все больные с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей были ранее оперированы и/или получали курсы лучевой терапии. Всем им были выполне-

ны различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости, малого таза.

В таблице №2 приведены оперативные вмешательства, при которых произошло ятрогенное повреждение. Как было указано выше, мужчин с ятрогенными повреждениями было 4 (4,8%), которые получили повреждения после следующих манипуляций: - уретеролитотомия – 1, уретеролитоэкстракция – 1, катетеризация мочеточника – 1, резекция мочевого пузыря – 1.

Таблица 2. -Оперативные вмешательства приведшие к ятрогенным повреждениям

Виды оперативных вмешательств	Мочеточник		Моч. пузырь		Комб. повр.		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Надвлагалищная ампутация	6	7,4	2	2,4	-	-	8	9,8
Экстирпация матки	16	19,6	14	17,2	2	2,4	32	39,2
Опер.Вертгейма-Мейгса, луч.терап.	3	3,7	1	1,2	-	-	4	4,9
Лапароскопическая овариумэкто- мия	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Кольпорафия	-	-	2	2,4	-	-	2	2,4
Медицинский аборт	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2
Кесарево сечение	10	12,1	7	8,6	-	-	17	20,7
Тубэктомия	1	1,2	1	1,2	-	-	2	2,4
Кистэктомия яичника	7	8,6	-	-	-	-	7	8,6
Фибромиомэктомия матки	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2
Тотальная гистерэктомия	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Уретеролитотомия	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
КУЛТ	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Резекция мочевого пузыря	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Уретеролитоэкстракция	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Катетеризация мочеточника	1	1,2	-	-	-	-	1	1,2
Аппендэктомия	-	-	1	1,2	-	-	1	1,2
Всего:	50	61,0	30	36,6	2	2,4	82	100

Ну а из табл.2 следует, что в основном ятрогенные повреждения мочевыводящих путей случались при акушерско-гинекологических операциях и в частности при удалении матки (49,0%). У всех больных с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей были выявлены, в той или иной степени, изменения со стороны верхних мочевыводящих путей. Нарушения уродинамики одностороннее диагностировано у 73 (89,0%), двустороннее – у 9 (11,0%) пациента. Хронический пиелонефрит имел место у 78 (95,1%) больных. Нарушение функции почек наблюдалось у 18 (21,9%) больных, из них у13 была выявлена латентная, у 3 – компенсированная и у 2 – интермитирующая стадия хронической почечной недостаточности.

Результаты и обсуждение. После всестороннего обследования 78 (95,1%) больным были произведены оперативные вмешательства, из них 18 (23,1%) больным – полиативные, 49 (62,8%) пациентам - реконструктивно-восстановительные, 11 (14,1%) – нефрэктомия и 4 (4,9%) – консервативная терапия. В таблице №3 дан пере-

чень восстановительных операций выполненных больным с ятрогенными повреждениями мочевыводящих путей. Из таблицы видно, что наиболее часто проводились пластические оперативные вмешательства, такие как уретероцистостомия (20,5%) и фистулопластика (35,8%). Из паллиативных операций чаще производилось пиелостомия (10,3%) и нефростомия (6,4%), а органоуносящие оперативные вмешательства производились в (13,4%). Высокий процент органоуносящих вмешательств объясняется поздней диагностикой и обращаемостью пациентов в урологические стационары. Всем больным произведенным паллиативные операции после купирования воспалительных процессов и восстановления функционального состояния почек, также произведены реконструктивно-восстановительные операции.

Таким образом, из всех наблюдаемых нами больных успешно реабилитировано 71 (86,6%) пациентов, но наряду с этим 11(13,4%) больным, ввиду поздней диагностики и гибели почки, выполнена нефрэктомия. У одного больного, что составило

(1,2%) была повторная реконструктивно-восстановительная операция.

Таблица 3. - Характер оперативных вмешательств при ятрогенных повреждениях

Оперативные вмешательства	Количество операций	
	абс	%
Уретеролиз	2	2,6
Нефростомия	5	6,4
Пиелостомия	8	10,3
Пиелоуретеростомия	2	2,6
Уретероуретероанастомоз	2	2,6
Уретероцистонеостомия	16	20,5
Уретероцистоанастомоз по Боари	3	3,8
Нефрэктомия	8	10,3
Нефруретерэктомия	3	3,8
Фистулопластика	28	35,8
Удаление лигатур	1	1,3
Всего:	78	100

Заключение. Ятрогенные повреждения в преобладающем большинстве случаев случались после акушерско-гинекологических операциях, в частности при удалении матки (49,0%). Обструкция мочеточников наблюдалась у 50 (61,0%) больных, а травма мочевого пузыря, и как следствие мочеполовые свищи у 30 (36,6%) пациентов.

Реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства произведены 67 (81,7%) пациентам, органосохраняющие 11 (13,4%) и 4 (4,9%) консервативная терапия. Высокая частота органосохраняющих операций вследствие поздней диагностики посттравматических обструкций мочеточников и как правило развитие ретенционных изменений со стороны ВМП и почек вплоть до утраты функции органа, приводит к выводу о необходимости контрольного клинико-функционального обследования в первые 3 месяца, пациентов перенесших оперативные вмешательства на органах малого таза. Высокая частота ятрогенных повреждений мочевыводящих путей в хирургической практике, тяжесть осложнений после таких травм диктуют необходимость организации отдельных специализированных урогинекологических отделений в урологических клиниках.

Литература

1. Беликов Е.С. Медико-экспертная классификация ятрогений // Архив патологии. - 1998. - №4. - С. 50 - 51.

2. Бойко Ю.Г., Силяева Н.Ф. Клинико-анатомический анализ врачебных ошибок. // Минск, 1994. - 107 с.

3. Буянова С.Н., Сенчакова Т.Н. Лечение мочеполовых свищей травматического генеза у женщин. // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 1.-С.44-46.

4. Кан Д.В. Восстановительная хирургия мочеточников. // М.: Медицина, 1973.-199 с.

5. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. // М.: Медицина, 1986. - 147 с.

6. Карпенко В.С., Переверзев А.С. Хирургическое лечение двухсторонних заболеваний почек и мочевыводящих путей.// Киев:Здоровье, 1983.-189 с.

7. Комяков Б.К., Гулиев Б.Г. Хирургия протяженных стриктур мочеточников. // СПб.-Неский диалект.-2005.-257 с.

8. Сергиенко Н.Ф., Гнилорыбов В.Г., Долгополов СВ., Донец В.Н. Опыт лечения больных со стенозом и облитерацией нижней трети мочеточника //Военно-медицинский журнал.- 1991.- № 2.-С. 46-48.

9. Beaghtler M.A., Taylor F.C., McLaughlin K.P. A combined antegrade and retrograde technique for reestablishing ureteral continuity // Tech. Urol. - 1997. - Vol.3.-P. 44.

10. Dalsing M.C., Bihrl R., Lalka S.G. et al. Vascular surgery – associated ureteral injury: Zebras do exist (review) // Ann. Vase. Surg. - 1993. - Vol. 7. - P. 180-186.

11. Jakobson M.E., Mastio G.J., Berkas E.M. Aortic grafts. Ureteral obstruction as a late complication of abdominal aneurysm resection. J. Kans. Med. Soc 1962; 63: 516.

12. Konert J., Heinrichs H.J., Eismann R. et al. Der Rinflub urologischer Fruhkomplikationen auf die Prognose der Nierentransplantation // Z. Urol. Nephrol. - 1989. - Vol. 82. - № 7. - P. 355 - 360.

КОМПЛАЕНТНОСТЬ, ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Каратаева Г.Т.

Отделение гастроэнтерологии ОМОКБ

*«И самое лучшее лекарство не поможет больному,
если он отказывается его принять».*
М. Сервантес.

Современные исследования выявили, что врачи в своей практической деятельности редко обращаются к методам, которые способствуют повышению комплаентности при проведении терапии. Это отчасти может быть связано с их недостаточной информированностью в данном вопросе. В данной статье рассматривается проблема комплаентности в терапии хронических заболеваний, факторы, влияющие на комплаентность, а также методы способствующие повышению приверженности к лечению.

Ключевые слова: комплаентность, факторы, влияющие на комплаентность, пути повышения комплаентности.

Modern researches have revealed that doctors in general are rarely using methods that are increasing compliance in holding of therapy in their practice. Some of this can be linked with the lack of information on this issue. The present article is considering the compliance problem in the treatment of chronic diseases, factors influencing on compliance as well as methods assists for increasing of compliance.

Key words: compliance, factors influencing on compliance, ways for increasing of compliance.

Проблема выполнения врачебных назначений остается в центре внимания как исследователей, так и работников практического здравоохранения. Однако приверженность пациентов к лечению по-прежнему остается низкой: как минимум 50% пациентов не выполняют врачебные рекомендации, тогда как отрицательные последствия этого как клинические, так и экономические, ни у кого сомнений не вызывают (1). Так, в России артериальное давление должным образом контролируется менее чем у 17,5% женщин и 5,7% мужчин артериальной гипертензией (ВНОК, 2004). Одна из ведущих причин этого – невыполнение больными врачебных назначений.

Под комплаентностью (англ. Compliance – приверженность) понимают степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученных от врача (Наунес, Sarchett, 1979).

Приверженность к терапии имеет огромную роль в терапии хронических заболеваний. Наиболее актуальной эта про-

блема становится при назначении длительной терапии по поводу заболеваний, не сопровождающихся субъективной симптоматикой, прежде всего болевым синдромом. В США низкая приверженность к лечению оценивается в 100 000 000 000 \$ в год только на дополнительные визиты к врачу и госпитализации, которые составляют 19% от числа всех обращений в стационар (2). Кроме того невыполнение врачебных рекомендаций достоверно влияет на выживаемость пациентов, страдающих хроническими заболеваниями (3).

Приверженность лечению обычно расценивают как неудовлетворительную, когда пациент принимает менее 80% или более 120% предписанных на продолжительный период доз медикамента. Нежелание больных регулярно принимать препараты является одной из причин безуспешности терапии. Степень приверженности лечению является существенным моментом в лечении практически всех хронических болезней и синдромов, таких, например, как артериальная гипертензия (4) и сердечная недостаточность (5), и др. 38% госпитализаций пожилых американцев являются

результатом неудовлетворительного выполнения предписаний по приему препаратов, и в части случаев – его последствий в виде нежелательных лекарственных реакций (6).

Каковы, например, последствия прекращения приема оральных противодиабетических средств? Не удивительно, что они тяжелы. Шестилетние наблюдения за течением болезни у большой группы диабетиков (3.309 чел), которые на продолжительное время отказывались от приема рекомендованных лекарств, показали, что представители этой группы больных в 1,9 раз чаще госпитализировались по экстренным показаниям, а общая смертность в этой группе в 2,9 раза превышала таковую среди контингента приверженного к лечению (7). Таким образом, при проведении длительной терапии необходимо учитывать, что ее успешность зависит не только от эффективности препарата, но и приверженности больных лечению.

Все причины, приводящие к плохой приверженности к терапии, можно классифицировать как:

- связанные с пациентом,
- связанные с врачом
- социально-экономические
- связанные с характером самой терапии

Нездоровый образ жизни, к которому относится курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия в большей степени связаны с плохой приверженностью к терапии.

Кроме того, больные очень редко осознают, что имеют проблемы с чтением или пониманием информации, полученной от медиков. Проведенные в США «Национальные исследования грамотности взрослого населения» (1993) выявили, что среди различных подгрупп пациентов, в среднем, 20-31% не способны правильно понять, на когда именно запланирован следующий визит к врачу, 10-33% - не могут усвоить инструкцию о правильной подготовке к проведению рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, 21-23% - не способны прочесть инструкцию к препарату и оценить показания обычного термометра, а 24-58% - не понимают, что значит принимать лекарство натощак (!) Исследование, про-

веденные в одной из американских аптек, показало, что 12% из 500 назначений пациенты поняли неправильно.

В системе здравоохранения проблема не ограничивается только тем, что пациенты должны прочесть напечатанный материал или услышать произнесенную врачом информацию. От них требуется, чтобы они уразумели, осознали, удержали в памяти и применили эту информацию в жизни, изменяя при необходимости свое поведение, вредные привычки, уклад жизни и т.д.

Для успешной терапии «одним требованием является время и терпение, как со стороны врача, так и со стороны пациента» (8).

Полноценному комплаенсу способствует не только понимание со стороны больного, но и вдумчивое отношение самого доктора ко всем аспектам лечебно-диагностического процесса. Для того чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо рассказать о цели терапии, контролировать выполнение пациентом назначенной терапии.

При назначении лекарственного препарата, необходимо убедиться, что пациент усвоил следующее:

– Зачем (с какой целью) назначен препарат

– Как именно (сколько раз в день, до или после еды, каким методом – внутрь, наружно, ректально и т. д.) пациент будет применять препарат

– Что и когда следует ожидать, принимая препарат. Это особенно важно, когда результаты лечения проявляются через определенное время. Реальные прогнозы помогут избежать разочарования и преждевременного прекращения лечения.

Не лишними будут упоминания о совместимости различных препаратов, возможности приема алкоголя, вождения машины, необходимости контрацепции и т.д.

Также весьма полезной будет информация об ориентировочной стоимости тех или иных лекарств, чтобы избежать:

а) повторного визита со словами «я

не могу голодать, чтобы принимать назначенное мне лечение;

b) поисков другого врача, чьи назначения будут не столь разорительными для семейного бюджета (9);

Влияние социальных и экономических факторов на комплаентность больного существенно варьирует в различных странах и зависит от системы финансирования здравоохранения. В странах, где затраты на приобретение лекарственных препаратов большей частью покрываются пациентами, стоимость приобретает немаловажное значение в последующей приверженности к терапии. В связи с этим для Кыргызстана важное значение имеют фармакоэкономические аспекты терапии, особенно заболеваний, лечение которых проводится годами.

Выяснение причин плохой приверженности к лечению – важнейшая задача врача. Необходимо оценивать наличие у больного предшествовавшего опыта терапии и ее результативность, убеждения па-

циента и его отношение к лечению и к болезни, мотивацию к лечению.

Ряд исследований проведены для оценки причин отказа пациентов от приема препаратов. Отчасти приверженность к терапии зависит от пола и возраста пациентов. Она несколько выше у женщин и повышается с возрастом. Однако у пожилых пациентов могут возникать дополнительные проблемы, приводящие к нарушению приверженности, в частности недостаточная доступность препарата.

Характер проводимой терапии, в первую очередь ее переносимость, эффективность и удобство для больного – один из основных факторов, определяющих комплаентность в лечении. Установлено, что переносимость лечения – ведущая причина продолжения или отказа от проводимой терапии, Побочные эффекты терапии – одна из основных причин плохой приверженности к лечению.

Факторы, влияющие на приверженность к терапии приведены в таблице 1.

Таблица 1. - Потенциальные факторы риска плохой приверженности к лечению

Демографические причины	Факторы риска			
	связанные с препаратом и схемой лечения	связанные с заболеванием	связанные с пациентом	связанные с взаимодействием пациент-врач
Возраст	Количество препаратов	отсутствие или наличие симптомов	понимание болезни и ее осложнений	обстоятельства при визите
Пол	кратность приема	стабильность клинических симптомов	понимание выгоды лечения, в том числе экономической	доступность помощи
Уровень образования	размер и вкус	внимание врача к проблеме комплаентности	мотивация больного и семьи	качество и эффективность диалога
Социально-экономический статус	длительность терапии		участие больного в решении	время визитов
Социальная занятость	стоимость лечения			отношение врача к больному и его болезни
Этническая принадлежность	сложность схемы			адекватность предоставляемой больному информации
	побочные эффекты			кратность визитов

Методы улучшения комплаентности. К мерам, которые могут привести к улучшению комплаентности в лечении, можно отнести общегосударственные ме-

роприятия, изменение общественного сознания, а также изменение системы здравоохранения. Повышение глобальной приверженности возможно при создании си-

стемы обучения пациентов с хроническими заболеваниями и оптимизации контакта врач-пациент. Необходимо отметить, что само внимание врача к проблеме комплаентности, соответствующий опрос больного и оценка этого показателя в динамике способствует его повышению.

Итак, факторы, от которых зависит комплаентность, могут быть модифицированы путем:

- уменьшения кратности приема препарата
- благоприятного профиля безопасности
- удобной для пациента лекарственной формы препарата
- обучения пациента, его четкого информирования
- контроля за процессом лечения (повторные визиты, контакты по телефону и пр.)

Значительно повысить комплаентность при фармакотерапии возможно путем применения в клинической практике препаратов, обладающих оптимальными фармакодинамическими характеристиками, т.е. кратность приема не превышает 1-2 раз в сутки. Результаты исследований показали, что при однократном приеме препарата комплаентность оказывается наибольшей.

Еще одним важным подходом к улучшению комплаентности является использование препаратов с хорошим профилем безопасности (10).

Также имеет значение и экономическая сторона вопроса, ведь чем ниже стоимость препарата, тем вероятнее возможность приобретения пациентом рекомендуемого препарата. Но следует иметь в виду, что стоимость лекарственного препарата зачастую оказывается несопоставимой по сравнению с последствиями возможной терапевтической неудачи. Поэтому порой необходимо настраивать пациента на приобретение более дорогостоящего лекарственного средства, гарантирующего раннее выздоровление, обладающего более привлекательным профилем безопасности, что, в конечном счете, позволяет уменьшить как прямые, так и косвенные затраты на лечение (11). Несомненно, в случае назначения относительно дорогостоящего

препарата необходимо выяснить возможность его приобретения пациентом. Для достижения оптимальной комплаентности врач должен проинформировать пациента о необходимости назначения данного препарата, разъяснить как, когда, и в течение какого времени необходимо принимать препарат, предупредить о возможных нежелательных явлениях терапии. Все объяснения должны быть простыми, четкими и сопровождаться письменной версией рекомендаций. Приверженность к лечению может быть также улучшена за счет упрощения самой схемы лечения и введения специальных приемов, помогающих больному не пропускать прием очередной дозы. Существует ряд методических приемов, которые можно использовать с целью улучшения комплаентности, когда пропуски в приеме препаратов связаны только с «забывчивостью» больного. Можно посоветовать пациенту связать прием лекарств с каким-либо привычным действием в режиме дня – прием пищи, чистка зубов и т.д.

В заключении необходимо добавить, что повышению комплаентности в терапии также весомое значение имеют обучение и санитарное просвещение больных. На примере таких заболеваний, как сахарный диабет, бронхиальная астма, артериальная гипертония, показано, что информированность больных об имеющемся у них заболевании и обучение основам самоконтроля приводят к уменьшению частоты осложнений, улучшению качества жизни и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение, так как способствует социальной адаптации пациентов и ведут к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение. Итак, врач может и должен использовать для санитарного просвещения и обучения больного каждую консультацию, помня, что целью санитарного просвещения являются поддержание и укрепление здоровья человека, воздействие на факторы риска и на основные причины заболеваемости и смертности, а целью обучения больного – доступное объяснение ему этиологии, и патогенеза болезни, возможных осложнений, принципов лечения и самоконтроля, необходимости соблюдения режима труда и отдыха, двигательной ак-

тивности, диеты. Акцент при этом необходимо сделать на развитие постоянного партнерства между медицинским работником, пациентом и членами его семьи с целью повышения доверия и удовлетворенности результатами лечения, увеличения приверженности пациента рекомендациям врача и улучшения навыков самоведения заболевания.

Литература

1. WHO; Отчет об исследованиях по комплаентности, 2003;
2. Osteberg L., 2005
3. Mojtabai M., 2003
4. Simpson S.H., 2006; Wu J.Y.E., 2006
5. European Society of Hypertention – European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertention. 2003. 21: 1011-1053
6. ACC/AHA 2005 Guide line Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult. J. Am Coll Cardiol. 2005; 46: 1-82
7. Col N, Fanale. JE, Kronholm P. The

role of medication non-compliance and adverse drug reactions in hospitalization of the elderly. Arch Intem. Med. 1990; 150:841-5

8. Howard T, Stang P, Lydick E, Increased morbidity and mortality associated with discontinuation of oral antidiabetic therapies.

Program and abstracts of 35 th Annual Meeting of the European Association for the study of Diabetes; September 28 – October 2, 1999; Brussels, Belgium. Abstract 3.

9. Краффт – Эбинг Р.Ф. « О здоровых и больных нервах. Общие принципы лечения нервных больных», Москва, 1885

10. Майоров М.В. Заметки занудливого эскулапа// Новости медицины и фармации, 2004, декабрь, №19-20, стр.24

11. Rudd P., Lenert L. Pharmacokinetics as an aid to optimising compliance with medications. Clin Pharmacokinet 1995; 28:1-6.

12. Pechere J.C., Lacey L. Optimizing economic outcomes in antibiotic therapy of patients with acute bacterial exacerbations of chronic bronchitis. Antimicrob Chemother 2000; 45:19-24.

ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Мамакеев К.М., Мамажусупов Н.А., Ашимов Ж.И.

Национальный хирургический центр МЗ КР

Необходима эффективная реализация стратегии развития доказательной медицины (ДМ), в том числе и в КР, как основы для продвижения принципов ДМ в практическое здравоохранение, образование и науку.

Цель. Изучить результаты активной и выжидательной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением в зависимости от возраста больных.

Материал и методы. Оценка результатов осуществлена на базе рандомизированных контролируемых исследований (РКИ).

Нами, у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением на основе следующего главного фактора риска, каковым является возраст больных (>60 лет), выделены две клинические группы:

1) основную группу №2, в которую во-

шли больные в возрасте >60 лет (n-42);

2) контрольную группу №2, в которую вошли больные в возрасте <60 лет (n-140).

С целью исследования результатов активной и выжидательной тактики в основной группе №2 (n-42) больных были выделены две подгруппы:

I А – подгруппу вошли 31 (75,6%) больных в возрасте >60 лет, у которых была предпринята активная хирургическая тактика;

I Б – подгруппу вошли 11 (24,4%) больных в возрасте >60 лет, у которых была предпринята выжидательная хирургическая тактика.

У больных, у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 2

(6,4%) из 31 больного, тогда как у больных, у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 4 (57,1%) из 7 больных.

Оба больных, у которых после резекции желудка, предпринятой в ранние сроки, то есть при активном подходе, в послеоперационном периоде развились жизнеопасные осложнения. В частности, у 1 больного на 3-и сутки после резекции желудка наступила несостоятельность швов культи ДПК. Больной погиб на фоне интоксикации и декомпенсированного водно-электролитного нарушения.

У другого больного, у которого была выполнена пилорoduоденотомия с обшиванием кровоточащей язвы наступил рецидив кровотечения и в результате двукратного профузного кровотечения в реанимационной палате наступила смерть.

В подгруппе Б в послеоперационном периоде также погибли 4 (57,1%) больных в возрасте >60 лет. В 3-х случаях причиной смерти была несостоятельность швов (культи ДПК – у 2-х больных, межорганного анастомоза – у 1 больного). Причиной смертельного исхода у 1 больного послужила интоксикация и полисистемные нарушения,

обусловленные поддиафрагмальным абсцессом, гнойным плевритом.

В подгруппе А (активная тактика) летальность наблюдалась лишь у 2 (6,4%) больных, тогда как в подгруппе Б (выжидательная тактика) летальность отмечалась у 4 (57,1%) больных.

Наши расчеты (табл. 1) показали, что у больных основной группы №2 ОШ равнялся 8,2, а ОР – 1,5.

Таким образом, у больных в возрасте >60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 82%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

В контрольной группе №2 (n-130) также были выделены две подгруппы:

II А – подгруппу вошли 41 (31,5%) больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика;

II Б – подгруппу вошли 89 (68,5%) больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась выжидательная хирургическая тактика.

Таблица 1. -Исход операций в основной группе №2 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа I А	29 (a)	2 (b)	31
Подгруппа I Б	7 (c)	4 (d)	11

У больных в возрасте <60 лет, у которых была предпринята активная хирургическая тактика послеоперационные осложнения развились у 10 (24,3%) из 41 больного, тогда как у больных, оперированных в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения наблюдались у 26 (29,2%) из 89 больных.

Таким образом, у больных, у которых предпринималась активная и выжидательная тактика удельный вес послеоперационных осложнений составляет в среднем 25,2%.

Хотелось бы подчеркнуть, что в указанной подгруппе больных жизнеопасных по-

слеоперационных осложнений не отмечались. У больных наблюдались различной степени анастомозиты, проблемы с соматическим состоянием, послеоперационный панкреатит.

В подгруппе А летальности не было, тогда как в подгруппе Б летальный исход наступил у 2 больных. Один из них погиб в результате развития послеоперационного деструктивного панкреатита. Данный больной был прооперирован в сроки 7-12 ч. Во время операции была установлена пенетрация язвы в головку поджелудочной железы.

1 больной был взят на повторную опе-

рацию на 10-е сутки после резекции желудка. У этого больного диагностирован подпеченочный гнойник с прорывом в брюшную полость. Летальный исход наступил на 4-е сутки после релапаротомии от интоксикации и обменных нарушений.

У больных в возрасте <60 лет, у которых

предпринималась активная хирургическая тактика летальности не было, тогда как у больных, у которых применялась выжидательная тактика – 2,2%.

Наши расчеты (табл. 2) показали, что у больных контрольной группы №2 ОШ равнялся 1,3, а ОР – 1,1.

Таблица 2. - Исход операций в контрольной группе №2 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением.

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа II А	31 (а)	10 (b)	41
Подгруппа II Б	63 (с)	26 (d)	89

Таким образом, у больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась активная и выжидательная хирургическая тактика отношение шансов практически одинаковое.

Заключение. У больных старшей возрастной группы, у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 6,4% больных, тогда как у больных такого же возраста, но у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 57,1% больных. При активной тактике летальность составляет 6,4%, а при выжидательной - 57,1%.

У больных в возрасте <60 лет, у которых была предпринята активная хирурги-

ческая тактика послеоперационные осложнения развились у 24,3% больных, тогда как у больных, оперированных в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения наблюдались у 29,2%. На этом фоне, при активной тактике летальности нет, тогда как при выжидательной – летальность составляет 2,2%.

У больных в возрасте >60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 82%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

РАЗНОВИДНОСТИ СИСТЕМ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ, ИХ ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Коомбаев К.К.

Городская стоматологическая поликлиника №4 г. Бишкек

Резюме. Автор описывает преимущества и недостатки существующих множество систем имплантатов. Приводит множество классификации по целому ряду признаков.

Ключевые слова: имплантат, кость, дефект, лоскут, материал.

Современный этап дентальной имплантации начинается с середины 60-х годов XX века, когда были предложены пластиночные имплантаты Linkow (1964) и знаменитые винтовые имплантаты Brd-nemark (1965), давшие начало развитию и

совершенствованию данного метода.

В последнее десятилетие идет активное внедрение дентальной имплантации во всех странах мира, конструкции имплантатов модернизируются.

Молодым начинающим имплантоло-

гам очень трудно разобраться в этой быстро развивающейся разновидности систем имплантата. Тем не менее, в каждом имеется головка, шейка и тело, которое может быть в виде пластинок, лент с отверстиями или различными фиксаторами. Как и любое приспособление имплантат должен отвечать следующим требованиям: выполнять опорную или фиксирующую функцию, не травмировать окружающие ткани, легко вводиться и выводиться из тканей организма, быть доступным для применения широким кругом специалистов, быть устойчивым к поломкам от переменных нагрузок. Многообразие имплантатов обусловило необходимость их систематизации. Известно много классификаций конструкций имплантатов. Более отвечающими требованиям клиники являются классификации /1,2/.

В частности /1/ говорил о возможности создания довольно стройной классификации имплантатов, если взять за основу тот или иной признак, и предложил следующую классификацию.

По биосовместимости материала, применяемого для имплантации, различают биотолерантные (нержавеющая сталь, КХС), биоинертные (алюминийоксидная керамика, титан, углерод, никелид титана), биоактивные (гидроксилapatит, трикальций-фосфат, стеклокерамика с активной поверхностью) имплантаты.

Имплантаты по форме – цилиндрические (сплошные, полые), винтообразные, листовидные (пластинчатые), конусовидные, формы корня естественного зуба.

По структуре материала – без эффекта «памяти» формы, с эффектом «памяти» формы.

По локализации – чрескорневые, подслизистые, поднадкостничные, внутрикостные, чрескостные, комбинированные.

По функции – замещающие, опорные, опорно-замещающие.

По восприятию жевательного давления – с амортизатором (внекостным, комбинированным), без амортизатора.

По конструкции соединения имплантата с супраструктурой – неразъемное соединение с помощью магнитных систем.

По способу изготовления – стандартные, индивидуальные.

По месту производства – заводского производства, лабораторного изготовления (в зуботехнической лаборатории).

Более простой и удобной считается классификация [2], основанная на взаимоотношении имплантата с мягкими и твердыми тканями организма. В соответствии с этим он различает 5 типов:

Эндодонто-эндооссальная имплантация, или, как ее еще называют, эндодонтная, или эндооссальная стабилизация. Имплантат представляет собой штифт с разным элементом для его фиксации, после того как он проходит в костную ткань через канал зуба.

Эндооссальная (внутрикостная) имплантация – это введение имплантата прямо через слизисто-надкостный лоскут в костную ткань. Имплантат может иметь форму спирали, цилиндра, пластинки и применяется на обеих челюстях. На сегодня это наиболее широко применяемый вид имплантации с наилучшими отдаленными результатами.

Субпериостальная (поднадкостничная) имплантация отличается тем, что на первом этапе снимают оттиск с кости и изготавливают индивидуальный имплантат, который на втором этапе ставят под слизисто-надкостничный лоскут. Этот тип имплантации применяется при выраженной атрофии альвеолярного отростка.

Инсерт – имплантация, или внутрислизистая – это введение металлического имплантата кнопочной формы в слизистую оболочку на альвеолярных отростках. Наименее рискованный тип имплантации.

Субмукозная имплантация, или подслизистая – это введение магнитов в переходную складку для достижения клапанной зоны и ретенции съемных протезов, которая является наиболее простым и наименее рискованным типом имплантации.

Как подчеркивает /3/, дентальные имплантаты можно классифицировать по целому ряду признаков. Так, для оценки конструктивных особенностей той или иной формы внутрикостной части имплан-

тата применяются биохимические тесты: наиболее распространенным является тест на сдвиг имплантата в кости. Суть его состоит в определении силы, необходимой для сдвига имплантата по отношению к окружающей кости, т.е. разрушения, образовавшегося после регенерации кости, соединения между костью и имплантатом. Естественно, чем больше усилие, необходимое для разрушения соединения имплантат-кость, тем выше предел прочности этой системы и тем большее напряжение она может выдержать. Таким образом, тест на сдвиг может служить не только показателем силы интеграции имплантата с костью, но и косвенно характеризует биологические и биомеханические свойства имплантата.

Только использование различных типов имплантатов с учетом показаний различных типов имплантатов с учетом показаний и противопоказаний может обеспечить эффективное лечение больного, открывает широкие возможности рационального протезирования зубов в сложных ситуациях у больных различного возраста, помогает реализовать на практике индивидуальный подход в лечении больного.

Эндодонто-эндооссальная имплантация (ЭЭИ) рассчитана на укрепление отдельных зубов. Впервые она была применена /4/. Конструкцию, где в штифте имеются отверстия, а в культе винтик для крепления снимаемого протеза предложил /5/. ЭЭИ для укрепления центральных верхних резцов и клыков на верхней и нижней челюстях также применял /6/. Он отмечает, что вокруг корня должен быть сохранен пояс здорового пародонта.

По данным литературы, наиболее удачным видом подготовки опор является эндооссальная имплантация. Эндооссальные имплантаты используются наиболее широко: для замещения одного зуба, а также при частичном и полном отсутствии зубов. Первое поколение денальных имплантатов представляло собой неразборные конструкции: пластиночные (конструкции Linkow, Weiss) и винтовые (Ledermann- screw и TPS- screw) имплантаты, предложенные в 60-70-х годов в США, а

также имплантаты, разработанные в 80-х годах в СССР. Имплантаты данного типа показали достаточно высокий процент эффективности. Большинство мостовидных протезов с опорой на неразборные имплантаты функционировали 5-10 лет и более. Хотя отчеты были самыми благоприятными, косметический аспект во многих случаях, в частности, при применении винтовых имплантатов, оставляют желать лучшего. Причиной этого, по мнению L. Linkow, является та морфология кости челюстей в их передней части, которая в большинстве случаев наблюдается у беззубых пациентов. На сегодняшний день такие имплантаты считаются устаревшими. С первой половины 90-х годов основные производители пластиночных имплантатов начали выпуск разборных имплантатов, имеющих ряд преимуществ как в отношении лучшей проработки внутрикостной части (плазменное напыление, геометрия, позволяющая продлить срок службы имплантата и др.), так и оптимизация протезирования (возможность выбора различных супраструктур). Разборные имплантаты состоят из 2-х частей: эндооссальной (внутрикостной) части и супраструктуры, фиксируемой отдельно. Данная конструкция позволяет изменять положение внутривинтовых частей имплантата после операции. Применяемые в настоящее время денальные имплантаты являются пластиночными и винтовыми, разборными /6,7/.

Так, /8/ предложил усовершенствованную модель винтового имплантата Р. Шершеве и назвал ее «Линков винт-плант». Данная модель пользовалась большим успехом, чем другие из-за большего отверстия в имплантате, позже такие имплантаты стали делать из титана. По его мнению, ни один из винтовых имплантатов не достигал того уровня, на который рассчитывал автор. Пологая, что проблема заключается в самой форме и конструкции имплантатов, он в 1967 году разработал и применил пластиночную конструкцию эндооссального имплантата (ЭИ). Клинические результаты показали высокую эффективность данных конструкций. По материалам /19/ только в США к 1988 году

166 тысяч пациентов пользовались протезами с опорой на пластиночные имплантаты. Всего к этому времени в США было использовано более 200 тысяч имплантатов данного типа. Основными элементами предложенной конструкции являются головка, шейка, плечи и пластиночная эндооссальная часть. Отверстия в конструкции предназначены для прорастания костной ткани и закрепления имплантатов. В разрезе эндооссальная часть имеет пилообразно-клиновидную (Saw-tooth) форму. По мнению автора, данная конструкция показана при беззубых участках альвеолярного отростка. Его заслуга в том, что он разработал конструкцию ЭИ, методику его применения и промышленное производство комплекта инструментов

Предложено много разных форм отверстий имплантатов, однако они существенно не изменили полученные клинические результаты. Благодаря усилии /10/ стало ясно, что ведущим условием является не форма, а соотношение отверстий и площади пластиночного имплантата (1:3). В 1975 г. они предложили ЭИ, который имел извилистый (Gliding snake-like profile) профиль и эндооссальную часть с рифленой поверхностью.

Разработка /11/ является одной из попыток увеличения одной из попыток увеличения стабильности ЭИ. Это пластинчатый ЭИ с отверстиями прямоугольной формы, где верхняя и нижняя кромка толще. Над отверстием находится жесткий крючкообразный стабилизатор. Надо отметить, что в специальной литературе отсутствуют материалы о применении данной конструкции в клинике другими авторами.

В 1974 году /12/ разработали и применили в клинике двухмоментный способ эндооссальной пластиночной имплантации. Имплантат содержит эндооссальную пластинку с цилиндрическими утолщениями посередине, в которой имеется канал с резьбой, а также привинчиваемую головку заглушку. Надо, отметить, что принцип привинчивания головки используется и в других типах и вариантах имплантатов.

При низком и широком альвеолярном отростке и отсутствии возможности при-

менения общепринятой эндооссальной конструкции как выход предложена конструкция /13/. Отличительной особенностью этого имплантата являются горизонтальное положение эндооссальной пластинки и введение конструкции в костное ложе с вестибулярной стороны. Имплантат выдерживает большую нагрузку и устойчив к расшатывающему действию жевательных нагрузок. Правда не всегда имеется возможность проводить такую имплантацию, в частности, при небольшом преддверии полости рта, малоподатливых мягких тканях и др.

К настоящему времени пластиночные имплантаты претерпели значительные конструктивные изменения. В соответствии с накопленным клиническим опытом и учетом недостатков предшествующих систем они широко применяются с различными модификациями.

После открытия Per-Ingvar Branemark феномена остеоинтеграции в мире было предложено множество новых винтовых имплантатов. Винтовой имплантат – наиболее распространения форма дентальных имплантатов, выпускаемых с различным диаметром внутрикостной части (обычно от 3 до 6 мм), различной длиной (от 6 до 25мм), различными видами резьбы. Винтовые имплантаты часто имеют внутрикостную часть со специальным покрытием или обработкой (титановая плазма, гидроксиапатит, пескоструйная обработка). Также различают винтовые полые имплантаты, в апикальной части которых имеется слепое отверстие, направленное по вертикальной оси имплантата к его трансгингивальной части.

Цилиндрический имплантат широко представлен на стоматологическом рынке. При установке имплантатов подобной формы не требуется формирования резьбы, как при установке винтовых, что сокращает время операции, но снижает первоначальную стабильность имплантата, чему придается принципиальное значение в методике имплантации. Принцип полого цилиндра в дентальной имплантологии был предложен в первой половине 70-х /14/. Преимуществами такой формы полого

цилиндра являются: меньшая травма при установке; меньший объем потери кости; лучшие условия для остеоинтеграции. Однако, имплантаты данной формы имеют и ряд недостатков: при минимальной отклонениях от методики возможны осложнения, ведущие к отторжению имплантата. В первую очередь возможен некроз кости, оказывающейся после установки имплантата внутри его полый части.

Многообразие конструкций имплантатов со всей очевидностью свидетельствует об отсутствии единого мнения между специалистами по поводу выбора наиболее оптимальной конструкции имплантата. Некоторые специалисты подвергают сомнения необходимость компрессионной нагрузки на костную ткань с целью уменьшения горизонтальных сил. Согласно такой теории, имплантаты винтового типа считаются наиболее приемлемыми. В то же время, другие авторы подчеркивают важность использования цилиндрической формы имплантата для сохранения его стабильности под действием горизонтальных сил. С помощью специального метода, основанного на использовании компьютерной модели системы имплантат-кость, установлено, что форма имплантата в основном определяет нагрузку на костную ткань /15/. В компьютерной модели можно точно передать размеры, механические и физиологические свойства каждого компонента этой системы. Дентальные имплантаты в форме гладких цилиндров или винтов распределяют нагрузку более равномерно, чем имплантаты конической или ступенчатой формы. Также показано, что дентальные имплантаты большего диаметра обеспечивают более благоприятное распределение нагрузки в области имплантат – кость /16/. Кроме того, сила, необходимая для удаления имплантата из альвеолярной кости собаки, зависела от длины имплантата, а не от его диаметра /25/.

Субпериостальная имплантация (СИ) показана при выраженной атрофии альвеолярного отростка при концевом дефекте зубного ряда и на беззубых челюстях, особенно в тех случаях, когда невозможно изготовить устойчивые зубные протезы или

выполнить эндооссальную имплантацию субпериостальные имплантаты были предложены в 50-х годах в США. Данные конструкции представляют собой литой каркас, укрепляемый на кости и имеющий части, выходящие через надкостницу и слизистую оболочку в полость рта, на которых укрепляют протез. Данные имплантаты использовались и в бывшем СССР. Упоминание о них можно встретить в учебниках по ортопедической стоматологии /18/. Методика изготовления и размещения таких имплантатов достаточно сложна. Каждый поднадкостничный имплантат имеет собственную конструкцию и рассчитан на конкретного человека. Проблемы, возникающие при использовании протезов с опорой на этот вид имплантатов, – это инфицирование, обнажение имплантата в результате врастания эпителия и повреждения подлежащей кости. Но, как показывают наблюдения, применение данного метода имплантации имеет долговременный положительный результат /19/.

Одним из путей поиска явилось создание эндооссально-субпериостальной имплантации, сочетающей положительные и исключающей отрицательные моменты ЭИ и СИ.

В конструкции имплантата L. Linkow (1980)/20/ для верхней челюсти (tubercle blades) имеется тонкая субпериостальная сплошная пластинка, которая адаптируется в костной поверхности верхней челюсти после посадки эндооссальной пластинки.

В свою очередь, /21/ применил, фактически повторив конструкцию по L. Linkow, вариант конструкции имплантата из КХС, состоящую из головки, шейки, поднадкостничной пластинки и внутрикостных ножек. Автор назвал эту конструкцию ЭСИ (эндосубпериостальный имплантат). По его мнению, наиболее простым и эффективным является вариант, когда на ЭСИ во фронтальном отделе делают мостовидные протезы и съемный протез. Конструкция может быть также использована как средняя опора для мостовидного протеза.

Инсерт – имплантация показана для улучшения фиксации протеза при атрофии

альвеолярного отростка, повышенном рвотном рефлексе, дефектах развития неба на верхней и в отдельных случаях на нижней челюсти. Идея инсерт – имплантации принадлежит Н. Nordgren(1940). С незначительными дополнениями инсерт – имплантаты успешно использованы /22/.

Субмукозная имплантация – оригинальный тип имплантации магнитов под слизистую оболочку. Служит для улучшения стабилизации съемных протезов верхней и нижней челюстей. Этот вид имплантации особенно показан пожилым больным, а также при противопоказании к большим оперативным вмешательствам из-за общего недомогания /2/.

По мнению /23/ современная имплантологическая методика не должна ограничиваться одним типом имплантатов, а следует использовать различные типы, более всего подходящие к конкретным случаям.

Таким образом, многообразие конструкций дентальных имплантатов затрудняет их выбор, нередко приходится принимать компромиссный вариант, согласовывая конструкции протеза и имплантата. По справедливому мнению О.Н. Сулова (1998) /24/, конструкция имплантата определяется:

1. Задачами протезирования.
2. Количеством и качеством опорной кости.
3. Состоянием слизистойнадкостничного лоскута.
4. Протезной высотой.
5. Величиной дефекта зубного ряда.
6. Соразмерностью имплантата с объемом опорной кости.
7. Общим состоянием больного.

Литература

1. Миргазизов А.М. Возможности использования гипотермии при внутрикостной имплантации // VIII Всесоюзный съезд стоматологов: Материалы.- М., 1998.- С.43-45.
2. Сулов О.Н. Зубное протезирование на имплантатах. – М.: Медицина, 1993.- 205с.
3. Параскевич В.Л. Дентальная имплантология. – Минск: ООО «Юнипресс», 2002.-368с.
4. Strock M, Strock A// Alpha Omegan.- 1949.-Vol.43.-P.107-110.
5. Muratori G. Multi-tyre oral implantolori.// Bologna:The Marino Cantelli Publishing Co.-

1973.-303р.

6. Применение металлических имплантатов в стоматологии: Метод. Рекомендации / МЗ Лит. ССР; Разраб. Каунасский мед. институт; Авт.: Чепулис С.П., Сулов О.Н., Черникис А.С.- Каунас, 1984.-23с.

7. Brinkemann E. Prothetische Grundsdtze bei der enossalen implantation und des implantatlagerten Ersatzes // Dtsch. Zahnarztl. Z.- 1978.-Bd.33.-S.470-473.

8. Linkow L. Statistical analyses of 173 implant patients // J.Oral Implant- 1974. Vol.4.-P.238-257.

9. Weiss C.M. A comparative analysis of fibro-osteal integration and other variables that affect long-term bone maintenance around dental implants / J.Oral. Implant. -1987.-Vol.13-P.467-491.

10. linkow L.I. Implants as See Them Today // J.of Implant Dentistry . 1978.- Vol.3-P.344-347.

11. Fahan M.J. The Fagan endosseous stabilizer (FES) implant: A Four – year progress report // Oral Implant. – 1980.- Vol.9,N2.-P.531-535.

12. Viscido A.J. Telescopic crowns and fixed restorations for implants // J. Oral Implant. – 1978.- Vol.7,N4.-P.527-533.

13. Juillet J.M. Three – dimensionai implants – development and evaluation // J. Oral. IMPLANT.-1974.-Vol.4,N4.-P.527-533.

14. Schroeder A., Pohler O., Sutter F. Gewebsreaktion auf ein Titan- Hohlzylinderimplantat mit Titan-Spritzschichtober – fidche // Schweiz Mschr Zahnheilk.- 1976.-Vol.86-P.713-727.

15. Siehel D., Soltesz U. Nurnerical investigations of the influence of implant shape on the stress distribution in the jawbone // Int J. Oral Maxillofac Implant.-1989.-Vol.4-P.333-339.

16. Twodimensional FEM analysis of hydroxyapatite implants: Diameter effects on stress distribution // Y. Matsushita. M. Kitoh, Mizuta et al.- J. Oral Implantol.-1990. Vol.16.-P. 6-11.

17. Block M.N., Delgado A., Fontenol M.G. The effect of diameter and length of hydroxylapatite – coated dental implants on ultimate pullout force in dog alveolar bone // J. Oral Maxillofac Surg. – 1990.-Vol.48.-P.174-178.

18. Курляндский В.Ю. Ортопедическая стоматология, 3-е изд., испр, -М.: Медицина, 1969.-495с.

19. Worthington P. Биологическая совместимость, реакция тканей и связь между костью и имплантатом // Остеоинтеграция в стоматологии.- Чикаго, Берлин, Лондон, Токио, Москва, Прага, Сан Пауло, София, Варшава, - 1994.-

С.6-14.

20. Linkow I.I. Tuber Blades // J. Oral Implant. – 1980. – Vol.9, N2. – P. 190-216.

21. Суров О.Н. Возможности применения эндооссально-субпериостального имплантата в стоматологической практике // Организация стоматологической помощи и вопросы ортопедической стоматологии. – М.: 1987, – С. 255-256.

22. Dahl G. Osseointegration vs. fibro-osseous integration biomechanical considerations // J. Im-

plant. – 1987. – Vol.13, N3. – P. 531-535.

23. Гротовски Т.А. Применение одностадийных имплантатов Гарбаччо при реабилитации пациентов, подверженных пародонтальным болезням. Результаты 5 – летних исследований // Новое в стоматологии. – 1998. – №3. – С.35-39.

24. Суров О.Н. Конструирование протезно-имплантатной жевательной системы // Новое в стоматологии. – 1998. – №3. С.29-34.

**Денталдык импланттар системасынын ар турдүүлүктөрү,
алардын артыкчылыктары жана кемчиликтери**

Корутунду. Автор импланттантардын көптөгөн системасынын артыкчылыктары жана кемчиликтери тууралуу баяндайт. Бир топ белгилери боюнча бир топ түрлөргө бөлгөн.

Негизги сөздөр: имплантат, сөөк, жешишсиздик, кесинди, материал.

Variety of dental implant systems, their advantages and disadvantages.

Resume. Author describes advantages and disadvantages of exist many implant system. Leads up to many classification by a variety of appearances.

Key words. implant, bone, defect, graft, material.

УДК 616.716.8

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРИЧИНАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ
КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И РАЗВИТИИ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВОСПАЛЕНИЙ**

Ешиев Д.А. Зазилевский З., Токтосунов А.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

В данной статье дан литературный обзор возникновения причины костных дефектов альвеолярного отростка и развития послеоперационных воспалений.

**Мүлктөгү сөөк кемтиктеринин пайда болушунун негизги шарттары жана
азыркы мезгилдеги операциядан кийинен кабылдап кетүүнүн себебтери**

**Modern ideas of the reasons of emergence of bone defects of an alveolar
shoot and development postoperative inflammation**

in this article the literary review of emergence of the reason of bone defects of an alveolar shoot and development of postoperative inflammations is given

Лечение гнойно-воспалительных заболеваний и гнойных ран полости рта считается одним из важнейших направлений в современной хирургии. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей и полости рта остается чрезвычайно сложной и далеко не решенной проблемой, даже несмотря на большие достижения хирургической науки, обусловленные, прежде всего, улучшением диагностики, широким применением антибиотиков и совершенствовани-

ем оперативной техники и анестезии. С целью преодоления недостатков в сложившейся ситуации профилактической и лечебной антибактериальной терапии хирургической инфекции, возможностей правильного планирования лечебных мероприятий изучались факторы риска, менялись антибиотики и методики их введения. Однако число раневых осложнений заметно не уменьшалось [5]. Увеличение частоты нагноений послеоперационных ран можно

объяснить появлением штаммов микроорганизмов, устойчивых к воздействию антибактериальных препаратов, изменением иммунобиологической реактивности организма, вызванной экологическими факторами и нерациональным применением антибиотиков [24].

При хирургических вмешательствах в полости рта имеют особое значение профилактика развития послеоперационных отеков, гематом, местных воспалительных реакций. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области: развитая кровеносная сеть, обсемененность ротовой полости микроорганизмами, близость очагов хронической инфекции (одонтогенных, тонзиллогенных и т.д.) [10, 11].

Практическая актуальность проблемы сложного удаления зубов, лечения ретенированных зубов, определяют довольно значительную частоту развития гнойных осложнений, в последующем нередко приводящую к остеомиелитическому процессу со значительным разрушением окружающей кости [3, 4]. Следует отметить, что поиск новых методов профилактики развития осложнений после операции удаления зубов, цистозектомии, удаления доброкачественных опухолей и их лечение, продолжается и по сей день. Все эти поиски отражают актуальность самой проблемы и требуют ее дальнейшего изучения [18,20].

Альвеолит - широко распространенное заболевание, которое, по данным различных авторов, составляет 24-35% от числа всех случаев осложнений, встречающихся у больных после удаления зубов [7, 8, 9].

По данным исследований ряда авторов, одной из главных причин развития гнойно-воспалительных заболеваний - это снижение активности иммунной системы организма, что нередко наблюдается при довольно обширной группе обще соматических заболеваний, метаболических или гормональных дисбалансах, а также нарушениях минерального обмена [22].

Наиболее вероятной причиной развития воспалительных осложнений, возникающих на месте послеоперационного костного дефекта альвеолярных отростков челю-

стей, - это повышение вирулентности патогенной микрофлоры на фоне снижения резистентности тканей ротовой полости. Исходя из этого, следовательно, одним из важнейших вопросов современной стоматологии является вопрос антисептической обработки раневой поверхности после хирургического вмешательства. В то же время используемые на практике медикаментозные антисептические препараты часто вызывают аллергические реакции [9, 21].

Патогенная инфекция, вызывающая воспаление костных дефектов, развивается при отсутствии сгустка крови или его преждевременном разрушении в лунке удаленного зуба, или в послеоперационных костных дефектах. Микроорганизмом, являющимся причиной развития воспаления, является золотистый и или эпидермальный стафилококк, диплококк, стрептококк. В ходе различных исследований не было обнаружено существенных различий между микрофлорой высеянной из лунки удаленного зуба и со слизистой оболочки полости носа, что подтверждает мнение о том, что развитие альвеолита связана с состоянием носовой полости. Нерациональное использование антибиотиков приводит к тому, что патогенная и условно-патогенная микрофлора является в большинстве случаев полихимиорезистентной [13, 24].

Многие попытки оптимизации процессов регенерации кости путем снижения числа воспалительных осложнений при переломах альвеолярного отростка верхней и нижней челюстей включением в лечебные комплексы иммунокорректоров [14, 16], местного введения антибиотиков и других химиотерапевтических препаратов, диализа костных ран, физических воздействий (ультразвук, лазерное излучение, магнитное поле и др.) способствовали улучшению результатов лечения [12, 15, 23]. Но несмотря на разнообразие используемых средств частота воспалительных осложнений при переломах нижней челюсти продолжает оставаться высокой и достигает 40 % [2, 15, 21].

Репаративные процессы в нижней челюсти протекают в условиях инфицированной костной раны, на фоне нарушенной микроциркуляции и тканевой гипоксии, ко-

гда остеопластическая функция резко снижена. Кроме того, костная ткань челюстей обладает крайне низким потенциалом к регенерации вследствие малого содержания кровяного костного мозга [9].

Для борьбы с гнойно-воспалительными заболеваниями и осложнениями разрабатываются все новые виды и классы антибиотиков. Однако и к ним у патогенных микроорганизмов довольно быстро развивается устойчивость. В этой связи многие исследователи говорят о серьезном "кризисе антибактериальной терапии" [6, 7]. Все это заставляет искать новые подходы к профилактике и лечению гнойно-воспалительных осложнений, использовать про- и пребиотики в качестве сорбентов и антагонистов патогенной и условно-патогенной микрофлоры, обладающих иммуномодулирующим и противовоспалительным действием [1, 26].

Большое значение в решении этой проблемы имеет местное лечение, которое осуществляется с использованием различных раневых покрытий. Современные покрытия должны препятствовать проникновению инфекции в рану и её развитию, защищать рану от дальнейшего травмирования, поглощать образующийся экссудат, предупреждать его скопление под повязкой. Они должны оказывать стимулирующее воздействие на репаративные процессы, быть удобными в обращении, легко и безболезненно накладываться на рану и удаляться. Удовлетворяют таким требованиям, предъявляемым к современным лечебным повязкам, комбинированные коллагеновые покрытия [2].

В отечественной медицине проблема изучения коллагена как нового пластического материала разрабатывается с 1963 года (1 ММИ им. И.М.Сеченова, в настоящее время - Научно-исследовательский центр ММА им. И.М.Сеченова, Отдел коллагеновых препаратов и изделий). Российскими учеными был создан новый класс лечебных лекарственных форм - пластические материалы направленного действия на основе коллагена. Сформировано новое направление пластической хирургии, основанное на применении этих материалов - коллагенопластика [5, 25].

Изыскания многих ученых разных стран позволяют заключить, что коллагенопластика - это новое* и перспективное направление современной медицины. Постоянно появляются новые комбинации коллагена и лекарственных средств и их потенциал в борьбе с гнойно-воспалительными заболеваниями ещё не изучен [1]. В настоящей работе нами проведено исследование по воздействию на гнойную рану коллагеновых покрытий, содержащих экстракт травы люцерны посевной ("Люцерон") и биомассу штамма *V. subtilis* 3Н ("Бактиспоринпласт").

Оперативные вмешательства в полости рта, лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области зачастую сопровождаются выраженными симптомами интоксикации, отеками, гематомами. Одним из множества методов лечения этих осложнений, на современном этапе, можно представить применение препаратов системной энзимотерапии, которые позволяют значительно уменьшить симптомы воспаления и неблагоприятных явлений, связанных с послеоперационной травмой, значительно снизить [11, 17, 19, 26].

Резюме: В условиях сложившейся ситуации назрела необходимость поиска новых методов стимуляции остеогенеза в костной полости, создания оптимальных условий для течения регенеративных процессов, в том числе и поиск новых возможностей снижения гнойно-воспалительных осложнений послеоперационных костных дефектов альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти.

Литература

1. Абдуллин, А.И. Применение комбинированных коллагеновых: покрытий в комплексном лечении гнойных ран (экспериментально-клиническое исследование): автореф. дис. . канд., мед. наук. — Уфа, 2003. -22 с.
2. Агеев А.С. Проблема остеорепарации в стоматологии (обзор литературы) / А.С. Агеев // Хирургия, морфология, лимфология. — 2006. — Т. 3, № 5. — С. 36-40.
3. Аджиев Э. К. Влияние переменного магнитного поля на микроциркуляторное русло и процессы остеointegrации после дентальной имплантации : Автореферат дис. ... канд. мед. наук / ИПК ФМБА России. - М., 2010. - 21 с.
4. Аксенов К. А. Особенности течения раневого процесса в полости рта при дифференци-

рованном подходе к этапу ушивания хирургической раны (экспериментально-клиническое исследование): Дис. ... канд. мед. наук / МГМСУ. - М., 2011. - 135 с.

5. Алексеева, Е.Г. Клинико-лабораторное обоснование применения иммуномодулирующих препаратов в комплексном лечении воспалительных заболеваний пародонта. Автореф. дис. . канд. .мед. наук.- СПб., 2007. -20 с.

6. Артеменко, К.Л. Опыт применения ферментного, комплекса вобознзим у больных с абсцессами и флегмонами? челюстно-лицевой области / К.Л. Артеменко, Г.Ю. Кнорринг // Ученые записки. 2005. - Т. 11, № 3. - С. 43-47.

7. Бодрова, Р.А. Восстановительное лечение слизистой оболочки лунки после удаления зуба / Р.А. Бодрова, Р.В. Борисюк, В.Ю. Борисюк // Тезисы докладов научно-практической конференции молодых ученых. Казань, 2006.- С. 216-217.

8. Бодрова, Р.А. Репаративный эффект аэроионотерапии у стоматологических больных / Р.А. Бодрова, Р.В. Борисюк, В.Ю. Борисюк // Материалы VI Всероссийского научного форума. М.: РеаСпоМед., 2006.-С. 19-20.

9. Борисюк, Р.В. Аэроионотерапия при лечении альвеолита в амбулаторной практике хирургической стоматологии: автореф. дис. . канд. мед. наук. Казань, 2008. - 21 с.

10. Дрегалкина, А.А. Пути повышения эффективности диагностики и лечения одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области: автореф. дис. . канд. мед. наук. Екатеринбург, 2004. - 20 с.

11.Иванов С.Ю., Кузмина Э.М., Базикян Э.А. и др. Гигиена полости рта при стоматологической имплантации (учебно-методическое пособие).-Нижний Новгород, 2003.-40с.

12. Калиновский Д.К. Особенности течения и лечения переломов нижней челюсти у женщин и мужчин / Д.К. Калиновский, И.Н. Матрос-Таранец // Современная стоматология. — 2007. № 2. — С. 71-74.

13.Корляков, Д.В. Профилактика воспалительных осложнений и атрофии альвеолярного отростка после удаления зубов / Д.В. Корляков, Е.И. Дерябин // Сборник материалов конференции к 90-летию В.С. Чудновой. Ижевск, 2005. - С. 190-192.

14.Маркина М.Л. Иммунокоррекция с применением тактивина и кемантана в комплексном лечении больных с переломами нижней челюсти, осложненными воспалительными процессами : автореф. дис... канд. мед. наук : 14.00.21 /М.Л. Маркина.-М., 2001.-21 с.

15. Матрос-Таранец И.Н. Челюстно-лицевой

травматизм в промышленном мегаполисе: современный уровень, тенденции, инфраструктура / И.Н. Матрос-Таранец, Д.К. Калиновский, С.Б.Алексеев. — Донецк, 2001. — 193 с.

16. Нектаревская И.Б. Иммунокоррекция в комплексном лечении больных хроническим травматическим остеомиелитом нижней челюсти : дис... канд. мед. наук : 14.00.21 / И.Б. Нектаревская. Воронеж, 2001. - 196 с.

17. Никитин А.В. Использование светодиодного излучения в комплексном лечении больных гипертонической болезнью / А.В. Никитин, Л.Г. Гриднева, Ю.В. Гриднев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2007. – №2. – С. 301-305.

18.Павлов, Л.Ф. Рефлексотерапия альвеолитов излучением гелий-неонового лазера / Л.Ф. Павлов, А.А. Прохончуков, В.С. Иванов // Стоматология. 1988.-№ 6. - С. 6'-8.

19. Перова М.Д. Осложнения дентальной имплантации, их лечение и профилактика / М.Д. Перова // Новое в стоматологии. 2002. — № 5 (104). — С. 75-84.

20.Петропавловская, О.Ю. Лечение и профилактика альвеолитов / О.Ю. Петропавловская, М.Ю. Петройавловская // Научно-практическая конференция специалистов учреждений здравоохранения г. Ленинграда. Л., 1987. - С. 80-81.

21. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии / В.В. Плечев, Е.Н. Мурсыева, В.М. Тимербулатов, Д.Н. Лазарева. М.: Триада X, 2003.-320 с.

22. Робустова Т.Г, Афанасьев В.В., Осипян Э.М.,Маркина М.Л., Хирургическая стоматология - : Учебник /Под ред. Т.Г. Робустовой -М: Медицина.-2003. -97- 100 с.

23. Слетов А.А. Использование КВЧ-терапии в комплексном лечении посттравматических остеомиелитов нижней челюсти : автореф. дис. . канд. мед. наук : 14.00.21 / А.А. Слетов. — Воронеж, 2006. 22 с.

24. Усовершенствованный метод определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам / А.И. Яременко, Е.О. Прусакова, Т.Ю. Шувалова, И.В. Шумаков // Пародонтология. 2002. - № 1-2(23). - С. 45-48.

25. Шехтер, А.Б. Экзогенный и эндогенный коллаген в регенерации: теоретические основы коллагенопластики / А.Б. Шехтер // Клинический опыт и проблемы коллагенопластики: сборник науч. трудов-М., 1999.-С. 9-11.

26. Шумский, А.В. Имудон в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний слизистой оболочки полости рта / А.В. Шумский // Стоматология. 2000. - Т. 79, № 6. - С. 53-54.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА НА ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО - КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Калжикеев А.М.

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

Задачей нашего исследования явилось определение важности значения восстановления топографоанатомических взаимоотношений органов пищеварения после различных вариантов резекции желудка при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Несмотря на большое количество научных исследований и публикаций о резекции желудка и о причинах постгастрорезекционных расстройств, послеоперационной топографии органов пищеварения не уделяется должного внимания, а иногда этот раздел просто опускается [1,3].

А между тем о необходимости восстановления первичного (дооперационного) расположения органов брюшной полости хирурги часто забывают. Следствием этого является относительно частое применение на практике операций, при которых грубо разрушаются анатомические и функциональные связи между органами, что обуславливает неудовлетворительные отдаленные результаты хирургического лечения.

Однако существует еще одно обстоятельство, которое мешает хирургам восстанавливать во время операций нормальное соотношение органов брюшной полости. На рис. представлена типичная схема взаимного расположения желудка, двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки, которая фигурирует в большинстве хирургических руководств. В конце прошлого века ее стали использовать немецкие хирурги, которые одними из первых начали практически осваивать желудочную хирургию и иллюстрировать рисунками топографию органов брюшной полости, а также методы разрабатываемых ими операций. Забегая немного вперед,

необходимо сказать, что такая упрощенная схема, созданная, очевидно, в чисто дидактических целях (или в силу неправильных представлений), совершенно недостоверно отражает положение проксимальных отделов кишечной трубки и, более того, невольно вводит в заблуждение как обучающегося, так и практикующего хирургов. Такая «топография» встречается не более чем у 7,6% обследованных, к тому же имеющих функциональные нарушения со стороны органов пищеварения.

К сказанному можно добавить следующее: если бы у человека эти органы были расположены так, как представлено на схеме, то он должен был бы или постоянно страдать диареей, или иметь мощные мышечные образования, которые обеспечивали бы ритм, плавность и даже замедленность пассажа химуса, что является атрибутами людей с ненарушенными функциями органов пищеварения.

Исследования, проведенные нами, говорят о том, что надобности в таких мышечных структурах нет, природа распорядилась по-другому. Как известно, пассаж пищи по различным отделам пищеварительной трубки обеспечивает ряд приспособлений:

- ✓ неодинаковый диаметр просвета различных отделов желудочно-кишечного тракта: широкие участки (желудок, ободочная кишка) чередуются с узкими (тонкая кишка), а местами имеются сужения трубки (кардия, пилорический отдел — средняя величина просвета его у человека составляет 1,9 см, илеоцекальный переход);
- ✓ функционирование клапанных структур;
- ✓ работа мышечных сфинктеров.

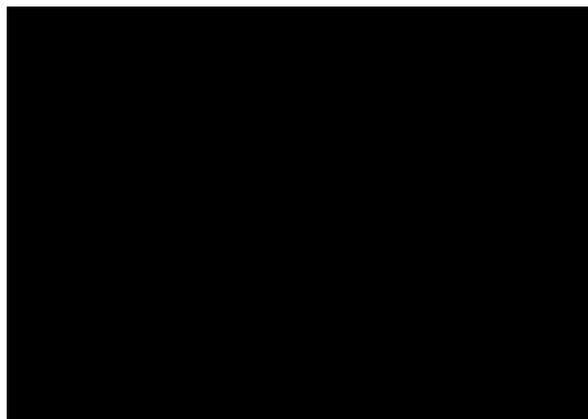


Рис. Сложившееся представление о взаимном положении желудка, двенадцатиперстной и начального отдела тощей кишок

Касаясь вопроса о механизмах движения химуса, необходимо показать, что некоторые исследователи утверждают, что в желудочно-кишечном тракте существует якобы стройная клапанная система, регулирующая пассаж химуса; сообщается, в частности, о кардиальном, пилорическом, дуоденоюнальном, илеоцекальном и других клапанах [1]. Однако при обследовании этих отделов не обнаруживаются структуры, свойственные клапанной системе (за относительным исключением илеоцекального перехода и области фатерова соска, где имеются складки слизистой, которые можно сравнить с клапанными образованиями).

Против наличия клапанов в других отделах говорит и тот факт, что движение химуса почти в любом отделе пищеварительной трубки может совершаться и в прямом и в обратном направлениях. Как только на каком-то участке желудочно-кишечного тракта возникает препятствие (опухоль, заворот кишки или сдавление ее спайкой, крупный желчный камень, «провалившийся» через образовавшееся самопроизвольное соустье в тонкую кишку, каловый камень и т. д.), тотчас начинаются антиперистальтические движения кишечной трубки, и химус двигается в обратном направлении, развивается рвота, т.е. кишечное содержимое выделяется наружу. При наличии клапанов этого не происходило бы, ибо назначение, функция клапана, как всем хорошо известно, заключается в обеспечении дви-

жения в одном направлении.

До настоящего времени имеются неоднозначные представления и в отношении сфинктеров желудочно-кишечного тракта, принимающих участие в регуляции пассажа химуса. Если в классических работах сообщается о нескольких основных сфинктерах - пилорическом, Одди, илеоцекальном, толстой кишки, то, по данным исследований последних лет, сфинктеров значительно больше. По сообщению М.А. Медведева, Ф.Ф. Сакса, А.Д. Грациановой и др. (1985), только в двенадцатиперстной кишке функционирует шесть сфинктеров [1].

Вместе с тем анализ филогенетического развития кишечной трубки и оценка ее анатомической структуры у человека заставляют вспомнить о том, что кишечная трубка имеет сегментарное строение, а в соответствии с этим и сегментарную обособленность артериальной системы, что мы, хирурги, и наблюдаем каждый раз, когда предпринимаем вмешательства на кишечнике. Неодинаковость строения кишечной стенки на протяжении сегментов, усиление мышечных структур на их границе могут восприниматься и трактоваться как многочисленные сфинктеры, но вряд ли было бы правильно так это интерпретировать. Скорее можно говорить об определенной обособленности пассажа и пищеварения применительно к сегментам. Другими словами, существует физиологически очень важная камерность пищеварения, а продвижение химуса происходит по мере завершения стадии пи-

щеварения в данном отрезке кишечной трубки.

Сфинктеры обуславливают определенный ритм пассажа, могут приостанавливать его, закрывая просвет кишечной трубки, но, что важно, в силу топографических особенностей различных отделов пищеварительного тракта и их целесообразного взаимного расположения для этого совсем не требуется большой мышечной силы сфинктера, как представлялось это нам ранее на основании неточной информации. Поэтому мышечный массив привратника, например, выражен незначительно, а в области дуоденоюнального изгиба сфинктер совсем отсутствует.

Наибольшее, с нашей точки зрения, значение для активного пассажа химуса имеет сложившаяся в ходе эволюции топография различных отделов желудочно-кишечного тракта. Как известно, тело и антральный отдел желудка подвижны, но с помощью связочного аппарата желудка прочно фиксирован в области эзофагокардиального перехода и привратника: двенадцатиперстная кишка, будучи расположенной забрюшинно, иммобильна. Для тонкой кишки характерен извитой ход, она относительно подвижна; толстая кишка мобильна, но тонкая и ободочная кишки в области дуоденоюнального изгиба, илеоцекального перехода, печеночного, селезеночного и ректосигмоидного отделов фиксированы.

С точки зрения физиологии пассажа химуса важными представляются уровни фиксации и, соответственно, соотношение различных отделов. Фиксированное положение привратника, двенадцатиперстной и начального отдела тощей (дуоденоюнальный изгиб) кишок обуславливает постоянство форм этих отделов желудочно-кишечного тракта, но с индивидуальными особенностями. В чем содержание этих особенностей?

Мы провели рентгенологические исследования желудка, двенадцатиперстной и начального отдела тощей кишок у 200 пациентов (средний возраст их 40 лет). Исследования проводились в вертикальном положении больных. Анализируя данные,

полученные заведомо только в прямой проекции, мы установили шесть основных вариантов топического соотношения изучаемых отделов:

Вариант I: «высота подъема» желудка выраженная («высота подъема» — расстояние от самой нижней точки желудка до середины пилорического канала); «подкова» двенадцатиперстной кишки относительно правильная, с расположением дуоденоюнального изгиба на уровне привратника, позади нижней части тела желудка (35,2% обследованных).

Вариант II: «высота подъема» желудка выраженная, но переход от антрального отдела к привратнику более плавный по сравнению с вариантом I; двенадцатиперстная кишка как бы сплюснута в вертикальном направлении; дуоденоюнальный изгиб находится на уровне угла желудка; восходящий отдел двенадцатиперстной кишки просматривается справа от малой кривизны; начальный отдел тощей кишки располагается позади тела желудка (26,4% обследованных).

Вариант III: «высота подъема» желудка хорошо выражена; «подкова» двенадцатиперстной кишки, как и в варианте I, имеет правильную форму; дуоденоюнальный изгиб находится выше угла желудка и пилорического канала; восходящий отдел двенадцатиперстной кишки определяется справа, от малой кривизны; начальный отдел тощей кишки позади желудка круто спускается вниз (22% обследованных).

Вариант IV: «высота подъема» желудка не выражена; «подкова» двенадцатиперстной кишки правильной формы. Вся «подкова» с восходящим отделом и дуоденоюнальный переход развернуты и расположены слева от тела и антрального отдела желудка. Дуоденоюнальный переход находится на уровне пилорического канала. Представляет интерес тот факт, что именно этот вариант топического соотношения отделов нашел отражение в вышеупомянутых схемах, приводимых почти всеми авторами-хирургами, освещавшими топографическую анатомию отделов пищеварительной трубки, что

можно объяснить простотой изображения и доступностью восприятия. Вместе с тем, по нашим данным, этот вариант встречается всего у 7,6% обследованных.

Вариант V: «высота подъема» желудка небольшая; двенадцатиперстная кишка правильной формы; восходящий отдел ее резко поднимается позади желудка к большой кривизне; дуоденоюнальный изгиб находится выше угла желудка и пилорического канала. Начальный отдел тощей кишки круто опускается книзу параллельно большой кривизне (4,4% обследованных).

Вариант VI: «высота подъема» желудка хорошо выражена; двенадцатиперстная кишка правильной формы; восходящий отдел ее позади желудка круто поднимается кверху; дуоденоюнальный изгиб находится выше пилорического канала; пассаж химуса по дуоденальному изгибу имеет направление слева направо (4,4% обследованных).

Обобщая эти данные, можно сказать, что при всей индивидуальной вариабельности взаимного расположения и форм пилорического отдела, двенадцатиперстной кишки, связки Трейтца и начального отдела тощей кишки ряд соотношений остаются неизменными у всех обследованных. Например, пилорический канал и верхний дуоденальный изгиб, дуоденоюнальный изгиб и угол желудка находятся на одном уровне, причем чаще дуоденоюнальный переход лежит выше привратника и даже угла желудка. Указанная закономерность распространяется и на соотношения этих отделов с ободочной кишкой.

С целью изучения соотношения желудка, начальных отделов тонкой и ободочной кишок мы провели их рентгенологическое исследование с помощью одновременного контрастирования. Методика заключалась в следующем. Больным ставили клизму с бариевой взвесью; после заполнения ободочной кишки и ее рентгенологического исследования в горизонтальном положении, больной в вертикальном положении принимал бариевую взвесь per os. Затем проводилась рентгено-

скопия желудка, двенадцатиперстной кишки и начального отдела тощей кишки. Как только контрастировался дуоденоюнальный переход, осуществляли рентгенографию этих отделов и ободочной кишки в вертикальном и горизонтальном положении больного.

Было показано, что дуоденоюнальный переход в вертикальном положении человека (а нас с точки зрения физиологии пищеварения интересуют данные, получаемые именно в вертикальном положении, в котором человек принимает пищу и перерабатывает ее) находится над поперечной ободочной кишкой, на уровне или выше пилородуоденального отдела, чаще - на уровне угла желудка и даже выше его. Фиксированный к боковой стенке живота селезеночный изгиб ободочной кишки приподнят и располагается над дуоденоюнальным переходом и выше угла, а иногда дна желудка.

Таким образом, чтобы «нейтрализовать» влияние на эвакуацию и пассаж химуса гидростатического давления столба пищи, природа «расположила» различные отделы пищеварительной трубки таким образом, чтобы конечная часть каждого последующего отдела ее находилась на уровне или выше конечной части предыдущего. Химус в каждом конечном отделе должен идти «на подъем». Так, пилородуоденальный отдел лежит выше антрального отдела; дуоденоюнальный переход — на одном уровне с пилородуоденальным отделом или выше него; селезеночный изгиб ободочной кишки — выше дуоденоюнального перехода.

С нашей точки зрения такое взаимное расположение названных отделов — основа замедленной эвакуации из желудка химуса и равномерного пассажа его по различным отделам кишечника. При этом перемещение химуса может осуществляться только под влиянием перистальтики желудка и кишечника. Без перистальтики нет движения химуса.

Как объяснить давно возникшее и длительно поддерживаемое в хирургических руководствах и публикациях неточное представление о топографическом со-

отношении важных для пищеварения отделов кишечной трубки и особенно ее проксимальных отделов? Дело в том, что и хирурги, и патологоанатомы всегда изучали их у человека, лежащего на спине, что и нашло отражение в иллюстрациях. В таком положении желудок располагается в верхнем «этаже», начальный отдел тонкой кишки, да и вся она — в нижнем. Для ревизии начального отдела тонкой кишки ободочная кишка перемещается кверху, и при этом положении органы под брыжейкой поперечной ободочной кишки находятся действительно ниже и поперечной ободочной кишки и желудка.

Если человек сидит или стоит, то, как мы уже упоминали, подвижные органы или части их (желудок и поперечная ободочная кишка) смещаются книзу, фиксированные (пилородуоденальный отдел и вся двенадцатиперстная кишка, дуоденоюнальный переход, селезеночный угол ободочной кишки) - остаётся в прежнем положении. Дуоденоюнальный переход оказывается на уровне угла желудка и даже выше него, т.е. корень брыжейки поперечной ободочной кишки, которая в виде купола прикрывает дуоденоюнальный переход, остается вместе с ним на месте - вверху и позади смещаемого вниз и кпереди дистального отдела желудка и ободочной кишки.

Что касается регулирования пассажа пищевого химуса, то дополнительно к сказанному можно добавить следующее: в вертикальном положении человека наполненный желудок, находящийся впереди дуоденоюнального изгиба, давит на него своей тяжестью и тем самым способствует замедлению пассажа химуса по двенадцатиперстной кишке. По мере выхода химуса из желудка давление последнего на дуоденоюнальный изгиб уменьшается. Благодаря высокому положению последнего и давлению желудка в двенадцатиперстной кишке создается внутриполостное давление, которое, по данным Я. Д. Витебского (1988), колеблется от 65 до 130 мм. вод. ст., что выше аналогичных показателей для других отделов пище-

варительного тракта [2].

Таким образом, топографические соотношения органов брюшной полости, сложившиеся и (приспособленные в процессе филогенеза к вертикальному положению человека, действия циркулярных сфинктеров, регулируемые с многочисленных полей баро- и хеморецепторов, работа на границах ряда отделов с большой разницей функций (большой дуоденальный сосок, илеоцекальный отдел) систем, сходных с клапанными структурами, обеспечивают в норме передвижение химуса из желудка по двенадцатиперстной и петлям тонкой кишки только благодаря активной перистальтике, а не гидростатическому давлению столба пищи. Для медленного пассажа пищи по различным отделам кишечной трубки (что является непременным условием полноценного пищеварения) это имеет важное значение. Забегая вперед, необходимо заметить, что в результате резекции желудка по некоторым методикам, и, прежде всего Бильрот-II, эти соотношения, сформированные в процессе филогенеза, изменяются в неблагоприятном для пассажа направлении, а именно: желудочно-кишечный анастомоз оказывается в нижнем «этаже» брюшной полости из-за подшивания брыжейки поперечной ободочной кишки к культе желудка выше анастомоза с тощей кишкой. Результатом этого является ускоренная и нередко молниеносная эвакуация содержимого культи желудка непосредственно в тонкую кишку.

Минуло около 150 лет после разработки этой операции. Многочисленные исследования ученых, проведенные в течение этого времени, говорят о том, что только в тех случаях, когда формирование прямого желудочно-дуоденального анастомоза или подобного ему невозможно, операция Бильрот-II может применяться как выход из этой ситуации. Но в отдаленном периоде больных после нее могут развиваться многие так называемые постгастрорезекционные расстройства, и возникновение некоторых из них у конкретных пациентов прогнозировать трудно.

Литература:

1. Алыбаев Э.У., Сопуев А.А., Искаков М.Б., Орозобеков Б.К. Современные подходы в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. – 2009. – №1. - С.233-237.
2. Витебский Я.Д. Клапанные ана-

стомозы в хирургии. - М.: Медицина, 1988. - 112 с.

3. Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Эгенбаев Р.Т., Кудайбердиев А.Т. Эпидемиология осложненной язвенной болезни (перфоративные и кровоточащие язвы) в Кыргызстане // Хирургия Кыргызстана. – 2010. - №2. – С.11-14.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА 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.**

ОСКН может иметь различные механизмы развития: брюшинные спайки могут obturировать просвет кишечной трубки путем перегибов за счет образования «двустолок»; могут создавать в брюшной полости «окна», приводящие к внедрению в них и странгуляции отдельных петель; могут вызывать непроходимость в грыжевом мешке [6] и, наконец, в генезе непроходимости может иметь место динамический компонент [8]. В последнем случае ОСКН развивается на фоне хронической спаечной кишечной непроходимости в условиях повышенной функциональной нагрузки [7].

Систематизируя литературные данные, можно сказать, что патогенез ОСКН складывается из следующих компонентов:

- Предрасполагающих факторов и непосредственных производящих причин [3, 6, 10].
- Нарушений мезентериальной и органной гемодинамики [6, 7, 22, 27].
- Нарушений моторной функции кишечника [9].
- Нарушений секреторно-резорбтивной деятельности кишечника [6, 20].

- Нарушений эндокринной функции кишечника [1].

- Нарушений иммунных механизмов и микробной инвазии [9, 23].

- Эндогенной интоксикации и нарушения метаболизма [23, 26].

Вполне очевидно, что на практике приходится иметь дело с различными видами внутрибрюшных спаек, которые неодинаково влияют на функцию внутренних органов [8, 11]. Для развития ОСКН спайки различной формы имеют неодинаковое значение. Прежде всего, наибольшую опасность представляют изолированные межкишечные, кишечно-париетальные или кишечно-сальниковые сращения, образующие в брюшной полости или грыжевом мешке тяжи и «окна», которые могут явиться причиной возникновения странгуляции подвижных сегментов кишечника [18]. Вторая группа – это диффузные или очаговые плоскостные межкишечные, кишечно-париетальные или кишечно-сальниковые сращения с образованием конгломератов органов, способных привести к obturационной непроходимости при функциональной перегрузке кишечника

[25]. Кроме того, непроходимость может возникнуть вследствие грубой рубцовой деформации брыжейки или кишечной стенки [3, 5, 9]. Неоднократно отмечалось, что длительное существование спаек приводит к патоморфологическим изменениям: атрофии мышечной и слизистой оболочки кишечных петель, появлению воронкообразных втяжений стенки кишки, гибели значительной части ганглиозных клеток в интрамуральных нервных сплетениях [21]. Все эти изменения затрудняют перистальтику и являются предрасполагающими факторами развития ОСКН.

Непосредственной причиной, вызывающей при наличии предрасполагающих факторов развитие кишечной непроходимости, прежде всего, относят резкое увеличение двигательной активности кишечника, обусловленное, в свою очередь, повышенной пищевой нагрузкой, острым энтероколитом, медикаментозной стимуляцией или же внезапным повышением внутрибрюшного давления при физическом напряжении [16].

Решающее значение фактора ишемии в патогенезе деструктивных изменений кишечной стенки при различных видах кишечной непроходимости ни у кого уже не вызывает сомнений [8]. Переносимость длительной ишемии тканями кишечной стенки изучалась неоднократно [17, 20, 24]. В опытах на собаках изменения кишечной стенки, подвергавшейся ишемии, через 2 часа становятся критическими, а спустя 3 часа принимают необратимый характер. При этом вначале появляются сосудистые расстройства со стороны слизистой оболочки с последующей деструкцией ее, а затем и других слоев кишечной стенки. Следует отметить, что некроз в кишечной стенке развивается очень быстро (через 1-2 часа), если венозные сосуды сдавлены, а артериальный приток крови сохранен; при полном же выключении как венозного, так и артериального кровообращения некротические изменения в кишечнике наступают позднее (через 4-6 часов). Ткани кишечной стенки легче переносят временную аноксию, чем венозный застой. Знание закономерностей наруше-

ния внутрисстеночной кишечной гемоциркуляции совершенно необходимо для проведения адекватного лечебного пособия. Об этом свидетельствуют многочисленные наблюдения, в которых степень и распространенность ишемических изменений в кишечной стенке прогрессировали в послеоперационном периоде и приводили к смерти больных, хотя в ходе операции объем резекции измененной кишки представлялся хирургу достаточно радикальным [17]. Анализируя результаты вскрытий больных, умерших от острой кишечной непроходимости, в 22,1% обнаружил появление новых очагов некрозов, отсутствовавших во время операции [13]. Обратили внимание на недооценку степени ишемических расстройств в кишечной стенке у 10% умерших от острой кишечной непроходимости [10].

Касаясь механизмов нарушений моторной функции пищеварительного тракта при ОСКН, следует сказать, что на основе последних исследований представления о них значительно расширились и усложнились. Стало ясно, что помимо центрального влияния симпатической и парасимпатической иннервации большое значение принадлежит эндокринной регуляции кишечной моторики, более того, обе эти регулирующие системы наслаиваются на механизмы собственного кишечного двигательного автоматизма [17]. Существуют два вида двигательной активности кишечника: «голодная» перистальтика, имеющая место в межпищеварительный период и «пищеварительная» перистальтика, обеспечивающая поступление и продвижение содержимого в пищеварительный канал [20]. Первый вид перистальтики регулируется автономным миотропным механизмом, важную роль в котором играет «водитель ритма» – нервный узел, расположенный в 12-типерстной кишке. Этот вид обозначается в литературе, как базисный электрический ритм (БЭР), «медленные волны», генераторный потенциал (ГП), пейсмекерный потенциал. Второй тип перистальтики – «пищеварительный», свойственный в первую очередь тонкой кишке, представляет собой нерегулярные сегмен-

тарные сокращения. Он регулируется главным образом центральными нейроэндокринными механизмами, а не системой собственного кишечного автоматизма [8]. При развитии непроходимости кишечника перистальтические движения в приводящей петле укорачиваются по протяженности и по времени, но возникают чаще. При этом вначале происходит возбуждение парасимпатической нервной системы, а затем наступает угнетение двигательной активности в результате гипертонуса симпатической системы. В дальнейшем включаются механизмы, вызывающие стойкое прогрессирующее пареза [25].

Угнетение полостного и пристеночного пищеварения в тонкой кишке при ОСКН за счет торможения ее двигательной активности в результате снижения ферментативной секреции железистого аппарата наглядно продемонстрировано работами отечественных и зарубежных ученых [6, 12]. Снижение пищеварительной активности при острой кишечной непроходимости полностью связано со структурными и ультраструктурными изменениями в слизистой оболочке тонкой кишки при парезе, основу которых составляют циркуляторные нарушения, обуславливающие гипоксию слизистой оболочки и вызывающие дегенеративные процессы [24]. Другим фактором, оказывающим существенное влияние на всасывание продуктов питания и, прежде всего белков, является активизация при острой кишечной непроходимости микробного ферментативного расщепления [3]. В связи с чем в кишечном химусе увеличивается содержание продуктов неполного гидролиза белков – токсических полипептидов, которые, частично всасываясь из кишечника, способствуют нарастанию интоксикации. Интоксикация приводит к развитию функциональной печеночной недостаточности, сопровождающейся некробиозом, зернистой, вакуольной и жировой дистрофией гепатоцитов, что приводит к снижению органного кровотока в печени, уменьшению напряжения кислорода, повышению активности трансаминаз и уровня фибриногена в крови, диспротеинемии (снижение уровня альбуминов) [12].

Эндокринная функция тонкой кишки осуществляется диффузно размещенными в слизистой оболочке клетками, выделяющими в кровоток биологически активные пептиды, которые участвуют в регуляции взаимодействия различных отделов желудочно-кишечного тракта [22]. Эти клетки принято объединять в так называемую APUD-систему, получившую свое название от краткого определения происхождения в них биохимических процессов (Amine content, Precursor Uptake, Decarboxylation): усвоение и декарбоксилирование предшественников биогенных аминов. В тонкой кишке наиболее изученными из этой группы являются энтерохромаффинциты, которые выделяют серотонин и мотилин, участвующие в регуляции двигательной активности кишечника и периферической гемодинамики. В результате переполнения и циркулярной гипоксии кишечника снижается секреция энтерохромаффинцитами серотонина и мотилина и, как следствие, угнетается моторика кишечной стенки [20].

С современных позиций желудочно-кишечный тракт рассматривают как важнейший орган, выполняющий противомикробную защиту организма, и как существенный компонент общей иммунной системы [17]. У больных ОСКН отмечается уменьшение абсолютного и относительного числа Т-клеток в периферической крови, значительно снижается содержание IgA, что говорит об угнетении иммунной системы организма [14]. Инфекционные осложнения у больных с ОСКН составляют 11-42% и включают перитонит, нагноение операционной раны, пневмонию, септический шок [7]. Обсуждая общие противомикробные механизмы пищеварительной системы, выделяют следующие компоненты: кислая среда в проксимальных отделах желудочно-кишечного тракта, губительная для большинства микроорганизмов; секреторная активность тонкой кишки с ее защитно – обволакивающим (слизь), противомикробным (лизоцим) и протеолитическим (пищеварительные ферменты) действием; моторная функция кишечника, препятствующая фиксации

микроорганизмов на его стенках; иммунные механизмы кишечной стенки; нормальное состояние кишечной микробиологической экосистемы. Большинство этих факторов существенно страдают при острой кишечной непроходимости [15].

Микроорганизмы, в огромном количестве содержащиеся в кишечнике, находятся в состоянии постоянного взаимодействия между собой и с макроорганизмом. Это взаимодействие составляет особую экосистему, нарушение которой резко изменяет условия жизнедеятельности, как организма хозяина, так и микроорганизмов. При развитии кишечной непроходимости сложившаяся экосистема разрушается. Основные звенья патогенеза этих нарушений можно представить следующим образом. Во-первых, вследствие

нарушения двигательной активности кишечника содержимое его «застаивается», что способствует росту и размножению микроорганизмов. Во-вторых, нарушение перистальтики приводит к миграции микрофлоры свойственной дистальным отделам кишечника – в проксимальные, для которых эта микрофлора является аллохтонной (чужеродной). В-третьих, развивающаяся циркуляторная гипоксия кишечной стенки создает условия для бурного размножения и развития в кишечнике анаэробной, главным образом неспорообразующей, микрофлоры, которая «колонизирует» вовлеченные в процесс отделы кишечника. Все выше сказанное неизбежно приводит к транслокации бактерий [7, 9, 25].

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА 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.**

Определяют транслокацию как прохождение жизнеспособных бактерий и их эндотоксинов из желудочно – кишечного тракта через слизистую оболочку, кровь, лимфу в экстраинтестинальные участки макроорганизма: брюшную полость, мезентериальные лимфоузлы, печень, селезенку, раны и др. [3, 7]. Транслокация является причиной значительного числа госпитальных инфекций, сепсиса и депрессии иммунитета, на это указывают в своих публикациях многие авторы [9]. Обследовали 448 больных во время лапаротомии, у 15,4% была обнаружена транслокация бактерий в мезентериальные лимфоузлы, причем у 74% из них выделены представители кишечной микрофлоры [11]. Выделяют 4 основных пути транслокации бактерий че-

рез слизистую оболочку пищеварительного тракта: межклеточный, чрезклеточный, с помощью фагоцитоза и через дефекты эпителия [5].

Существуют определенные закономерности транслокации микроорганизмов из желудочно-кишечного тракта в экстраинтестинальные участки организма. Во-первых, уровень её из желудка и тонкой кишки на порядок выше, чем из толстой кишки [10]. Во-вторых, видоспецифичность. Не все микробы способны к транслокации, чаще транслоцируют кишечная палочка, протей, энтеробактерии, реже – грамположительные аэробы, крайне редко – анаэробы [5], поэтому энтеральное применение антибиотиков, снижающих уровень аэробной микрофлоры, снижает

транслокацию. В-третьих, существует прямая зависимость уровня транслокации бактерий от уровня их популяции в кишечнике [4, 15], поэтому еще более эффективно транслокацию возбудителей хирургической инфекции блокируют живые бактериальные препараты споробактерин, бактисубтил, лактобактерин, бифидумбактерин [18]. Механизм, с помощью которого сохраняется динамическое равновесие между индигенной микрофлорой и микрофлорой, поступающей в пищеварительный тракт извне как «колонизационная резистентность». В её основе лежит перистальтическая активность кишечника, причем существует обратная зависимость между скоростью пассажа кишечного содержимого и уровнем колонизации кишечника и транслокации. Поэтому прекращение пассажа кишечного содержимого при острой кишечной непроходимости приводит к повышенному росту микроорганизмов, которые, оказывая повреждающее действие на слизистую кишечника, способствуют бактериальной транслокации [16]. В-четвертых, уровень транслокации зависит от состояния слизистой оболочки, главным образом от ее проницаемости и уровня кровообращения в ней. Тотальное парентеральное питание в послеоперационном периоде приводит к нарушению функции кишечного барьера и повышению транслокации, для решения этой проблемы рекомендуется применять раннее энтеральное питание с обязательным добавлением глутамина, ограничивающего проницаемость слизистой оболочки [5, 21]. Нарушение мезентериального кровообращения, отмечаемое при кишечной непроходимости, приводит к увеличению уровня транслокации [9, 13, 18], при этом выявляется прямая корреляция между длительностью шокового состояния и уровнем транслокации. Нарушение проницаемости слизистой обуславливается деструктивными изменениями в ней, возникающими за счет реакций перекисного окисления, запускаемых ферментом ксантин-оксидазой. При ингибировании ксантин-оксидазы аллопуринолом транслокация бактерий не регистрируется.

Таким образом, следует отметить, что

механизмы транслокации бактерий и инфицирования перитонеального экссудата достаточно сложны и до конца не исследованы [20]. Тем не менее, выявленные к настоящему времени закономерности, позволяют скорректировать лечебные мероприятия при ОСКН таким образом, чтобы уменьшить уровень транслокации бактерий и снизить вероятность развития гнойно-септических осложнений. Более того, как видно из выше сказанного, задачи, требующие своего решения при лечении ОСКН, совпадают с задачами, решаемыми для снижения уровня транслокации, степени инфицирования перитонеального экссудата и вероятности развития гнойно-септических осложнений.

Затрагивая тему инфекции при ОСКН нельзя оставить без внимания вопросы изучения микробного пейзажа экссудата брюшной полости при данном заболевании. Однако следует учитывать, что спектр возбудителей инфекции в связи с применением антибиотиков и других антимикробных средств с годами меняется [13]. В связи с этим необходимо систематическое его изучение. Без знания микробного пейзажа невозможна эмпирическая терапия.

Основными химиотерапевтическими препаратами для лечения и профилактики гнойно-септических осложнений являются антибиотики. Успех антибиотикотерапии во многом связан с правильным выбором препарата, а для этого необходимо знать спектр действия существующих антибиотиков. Выбор того или иного антибиотика, а так же рациональных комбинаций требует, прежде всего, идентификации возбудителя. Однако, как правило, антибиотикотерапию начинают до идентификации возбудителя и определения антибиотикограммы. Поэтому с целью профилактики и эмпирической терапии выбор антибиотика для больного должен основываться на характере преобладающей микрофлоры при данном заболевании в конкретном отделении и на чувствительности ее к антибиотикам.

Следует отметить, что операции, выполняемые при ОСКН, должны быть отнесены к четвертой группе оперативных

вмешательств, то есть к операциям на заведомо инфицированных тканях и органах, требующих проведения предоперационной, интраоперационной и послеоперационной антибиотикопрофилактики инфекционных осложнений, так называемым «грязным», по классификации [18]. Рациональное использование антибиотиков за 30 минут до операции и во время операции позволяют сократить число гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии с 16,2 до 3,0% [4]. Заслуживает внимание применение шовного материала импрегнированного растворами антибиотиков [20].

Главным источником интоксикации при ОСКН является кишечник. Роль его как источника интоксикации определяется, во-первых, нарушением барьерной функции кишечной стенки в связи с микроциркуляторными и гипоксическими ее изменениями; во-вторых, угнетением факторов секреторного иммунитета в кишечнике; в-третьих, развитием дисбактериоза за счет перемещения в проксимальные отделы кишечника несвойственной им анаэробной микрофлоры и приобретения последней патогенных свойств; в-четвертых, развитием симбионтного полостного пищеварения с включением в этот процесс ферментативной активности микроорганизмов, что ведет к неполному гидролизу белковых продуктов и образованию биологически активных полипептидов [8, 15, 18]. В патогенезе полиорганной недостаточности при ОСКН ведущую роль играют нарушения защитно-барьерной функции тонкой кишки, массивная транслокация энтеральной симбионтной микрофлоры (прежде всего неспорообразующих анаэробов) в портальное русло и развитие функциональной недостаточности печени, реализующейся преимущественно в форме фульминантной макрофагальной недостаточности, что приводит к «прорыву» инфекционно-токсических агентов в системный кровоток и проявляется развитием инфекционно-токсического шока и усугублением эндотоксикоза, которые во многом определяют прогноз и исход заболевания [6, 24].

Литература

1. Абрамов А.Ю., Ларичев А.Б., Волков А.В., Кончугов Р.Ю. Место интубационной декомпрессии в хирургическом лечении спаечной тонкокишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 137.
2. Атаев С.Д., Абдулаев М.Р. Хирургия острой кишечной непроходимости в аспекте новых данных ее патогенеза // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 141.
3. Борисов А.Е., Левин Л.А., Митин С.Е., Старосельцев К.Л. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 147 - 148.
4. Брискин Б.С., Поляков С.Б. Ранняя послеоперационная кишечная непроходимость // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 148 - 149.
5. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Мохамед Махмуд Сален, Чемоданов Е.Б. Алгоритмы дифференциальной диагностики ранней послеоперационной спаечной и динамической кишечной непроходимости // Матер. Девятого Всероссийск. Съезда хирургов. - 2000. - С. 165.
6. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Овчаренко К.Е., Ибрагимов У.К., Умурзаков О.А. Оценка эффективности мази левомеколь при интраоперационной профилактике спаечного процесса брюшной полости (Экспериментальное исследование). – М: «Medlinks.ru», 2011 - <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=47881>.
7. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Овчаренко К.Е., Умурзаков О.А., Ибрагимов У.К. Оценка эффективности различных вариантов моделирования спаечного процесса брюшной полости // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – Москва. - 2011. - №3 (26) март. - С.327-332.
8. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Овчаренко К.Е., Элеманов Н.Ч. Оптимизация моделирования спаечного процесса брюшной полости // Научный электронный архив академии естествознания. 13.12.2010. - URL:

<http://www.econf.rae.ru/subsection/5825> (дата обращения 13.12.2010).

9. Тарасенко Э.И. Острая спаечная тонко кишечная непроходимость: диагностика, лечение // *Анналы хирургии*. - 2007. - №. 4. - С. 61 - 65.

10. Татаршаов М.Х.-Б., Борлаков А.М., Борлаков В.Р., Аслануков А.А. Тактика хирургического лечения больных с острой спаечной непроходимостью тонкого кишечника // *Матер. Всероссийской науч.- практ. конф. хирургов*. - Кисловодск. - 2003. - С. 134.

11. 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.

12. Филенко Б.П., Лазарев С.М. Профилактика и лечение спаечной болезни // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. - 2012. - Т. 171. - №. 1. С. 70 - 74.

13. Харитоновна Е.А. Внутрив брюшное давление и острая спаечная кишечная непроходимость // *Казанская наука*. - 2010. - №. 1. - С. 336 - 341.

14. Arung W.K., Tshilombo F.K., Mukeng C.K., Odimba K.B. Intestinal obstructions complicating peritoneal adhesions at the Lubumbashi University Clinics // *Acta. Chir. Belg.* - 2012. - V. 112 (3). - P. 195 - 199.

15. Baumrucker S.J. Management of intestinal obstruction in hospice care // *Am. J. Hosp. Palliat. Care*. - 1998. - N4. - P. 15-19.

16. Chen X.L., Ji F., Lin Q., Chen Y.P., Lin J.J., Ye F., Yu J.R., Wu Y.J. A prospective randomized trial of transnasal ileus tube vs nasogastric tube for adhesive small bowel obstruction // *World. J. Gastroenterol.* - 2012. - V. 18 (16). P. 1968 - 1974.

17. Ciftci A.O. Inflammatory pseudo tumor causing intestinal obstruction : diagnostic and therapeutic aspects // *J. Pediatr. Surg.* - 1998. - N. 12. - P. 33 - 45.

18. Di Saverio S., Catena F., Kelly M.D., Tugnoli G., Ansaloni L. Severe adhesive small bowel obstruction // *Front Med.* - 2012. - V. 6 (4). - P. 436 - 439.

19. 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.

20. Lundstedt C. Jejunal loop obstruction at the ligament of Treitz: a distinct radiological and clinical picture of recurrence after subtotal pancreatectomy // *Abdom. Imaging*. - 1998. - N23. - P.350-353.

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

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

23. Riber C. Intestinal obstruction after appendectomy // *Scan. J. Gastroenterol.* - 1997. - N. 1. - P. 1125 - 1133.

24. Schraufnagel D., Rajae S., Millham F.H. How many sunsets? Timing of surgery in adhesive small bowel obstruction: a study of the Nationwide Inpatient Sample // *J. Trauma Acute Care Surg.* - 2013. - V. 74 (1). - P. 181 - 187.

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

26. Ten Broek R.P., Kok-Krant N., Bakkum E.A., Bleichrodt R.P., van Goor H. Different surgical techniques to reduce postoperative adhesion formation: a systematic review and meta-analysis // *Hum. Reprod. Update.* - 2013. - V. 19 (1). - P. 12-25.

27. Valkodai R.R., Gurusami R., Duraisami V. Postoperative adhesive intestinal obstruction: The role of intestinal stenting // *J. Indian Assoc. Pediatr. Surg.* - 2012. - V. 17 (1). - P. 20-22.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА (Обзор литературы)**Сообщение № 1****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)**

Распространенность запоров в развитых странах доходит до 60 % [1,2,5]. Последнее позволяет его отнести к болезни цивилизации [17,19]. Под синдромом хронического колостаз (СХК) понимают систематическое уреженное, затруднённое, неполное опорожнение кишечника [3,7,11]. Нормой нижней границей частоты стула для жителей, потребляющих обычную низкошлаковую диету, принято считать 3 дефекации в неделю. Однако нормальным физиологическим ритмом дефекации является ежедневный без затруднений утренний стул, приносящий полноценное удовлетворение [2,3]. СХК часто встречается у лиц пожилого возраста. Симптомами колостаз являются нарушения дефекации (длительное натуживание), времени дефекации, наличие твёрдого стула [8,11]. Причины колостаз разнообразны [4,5,15].

Идиопатический характер запора означает отсутствие связи с известными морфологическими, метаболическими изменениями, которые доступны для выявления современными диагностическими методами [2,16]. С целью приведения к общим понятиям функциональных нарушений толстой кишки в Риме, в 1999 году на Всемирном съезде гастроэнтерологов были одобрены так называемые «Римские критерии - II» в которые ввели понятие синдрома раздраженного кишечника (СРК), а в 2004 году «Римский консенсус - III», определил понятие функционального запора, согласно которому функциональный запор — это кишечное расстройство которое представляет собой персистирующую неполную дефекацию [18]. Критерии СРК - 12 недель, которые не обязательно должны быть последовательными за предшествующие 12 месяцев, когда отмечались

два или более симптомов из следующих: 1. Натуживание более чем в 1/4 дефекаций; 2. Комковатый или плотный стул более чем в 1/4 дефекаций; 3. Ощущение неполного опорожнения более чем в 1/4 дефекаций; 4. Ощущение аноректального препятствия более чем в 1/4 дефекаций; 5. Ручное пособие более чем в 1/4 дефекаций (например, пальцевая эвакуация, поддержка рукой промежности); 6. Менее 3 дефекаций в неделю. 7. Отсутствие разжиженного стула.

Запоры классифицируют с этиологических, топографических и физиологических позиций. [9] разделил все запоры на симптоматические (органические, вторичные) и самостоятельные запоры (атонические, спастические) Выделены случаи возникновения запоров вследствие нейропатии. Выделяют [20] так же толстокишечную обструкцию: колоректальные новообразования; доброкачественные стриктуры при дивертикулите; эндометриоз; анальные стриктуры или новообразования; инородные тела прямой; кишки; анальные трещины или геморрой нейропатические (миопатические) расстройства: периферическая или автономная нейропатия; болезнь Гиршпрунга; гипоганглиоз; болезнь Чагаса; нейрофиброматоз; ганглионейроматоз; интестинальная псевдообструкция; рассеянный склероз; поражения; спинного мозга; болезнь Паркинсона; синдром Шай-Дрэгера; пересечение сакральных нервов или caudaequina; люмбосакральные спинальные повреждения; менингомиелоцеле; низкая спинальная анестезия; склеродермия; амилоидоз; полимиозит/дерматомиозит; миотоническая дистрофия;

- метаболические (эндокринные расстройства): сахарный диабет; беремен-

ность; гиперкальциемия; гипотирозидизм; гипокалемия; порфирия; глюкогонома; пангипопитуитаризм; феохромоцитома

- медикаментозные причины: опиаты; антихолинергические препараты; трициклические антидепрессанты; антипсихотические препараты; противопаркинсонические препараты; гипотензивные препараты; ангиоблокаторы; противосудорожные препараты; антагонисты кальциевых каналов; препараты железа; алюминий-содержащие антациды; препараты кальция; сульфат бария; тяжёлые металлы (например, мышьяк, ртуть, свинец).

- функциональные (идиопатические) запоры.

Существует классификация [9], в которой сочетается этиологический и патофизиологический факторы. Она предлагает различать острые и хронические запоры, а также гипер- и гипокинетические формы запоров. «Рефлекторная» форма объясняет наличие запора рефлекторными висцеро-висцеральными влияниями от внутренних органов (при язвенной болезни желудка или 12-перстной кишки, мочекаменной болезни, желчнокаменной болезни). По особенностям моторики толстой кишки запоры разделяют на спастические / гипертонические, атонические / гипотонические и ректальные [6,19]. Существуют два подтипа идиопатического медленно-транзитного запора [6,15], - с уменьшенным числом высоко амплитудных пропульсивных сокращений [7,11] и с усиленной дискоординированной моторной активностью в дистальной части толстой кишки, с образованием функционального барьера [15,16]. Малые сокращения рассматриваются как механизм масс-движений содержимого, а их отсутствие приводит к длительной задержке каловых масс в правых отделах ободочной кишки [1,12]. В топографической классификации разграничивает цекостаз, трансверзостаз, сигмостаз, проктостаз и запоры смешанного типа [6,9]. В западной литературе используется терминология, относящаяся к особым формам функционального запора. Термин «идиопатический медленно-транзитный запор (у молодых женщин)» был

введён в 1986г. [9]. Диагностируется у молодых женщин с длительным, многолетним течением без явного этиологического фактора. При исследовании времени толстокишечного транзита с рентгеноконтрастными маркерами о замедлении транзита свидетельствует задержка и диффузное расположение в толстой кишке 80% маркеров на пятый день после их однократного приёма внутрь или скопление маркеров в правых отделах толстой кишки - в таких случаях говорят об «инертной толстой кишке» в противовес нарушению эвакуации из кишки, с клинической точки зрения длительность пассажа бариевой смеси до 48 часов считается нормой, 48-72 часа - соответствует компенсированному колостазу, 72-96 часов - субкомпенсированному колостазу, более 96 часов - декомпенсированному колостазу [13]. Отдельные авторы предлагали выделять «инертную толстую кишку» как подтип медленно-транзитного запора на основании данных внутрипросветной манометрии и электромиографии [14,15]. Тем не менее, в настоящее время в иностранной литературе большинство исследователей использует термины идиопатический медленно-транзитный запор и инертная толстая кишка, как синонимы [20]. С клинической точки зрения колостаз делят на три группы: с замедлением транзита по кишечнику колостаз (нарушение продвижения кишечного содержимого по толстой кишке), с нарушением ректальной эвакуации проктогенный запор (вследствие нарушения эвакуации из прямой кишки), смешанный [18,20].

В литературе появляются новые сообщения об отклонениях на микроскопическом уровне в анатомическом строении толстой кишки при идиопатическом колостазе [4,18].

Термин идиопатический медленно-транзитный запор западной литературы соответствует той же форме патологии, для описания которой в нашей стране используется термин хронический толстокишечный стаз [7,18]. Впервые термин хронический толстокишечный стаз использован в 1909 г. для описания синдрома тяжё-

лого запора у молодых женщин [12,13,15], затем был дополнен описанием идиопатического медленнотранзитного запора [12,19]. В России имеется точка зрения, что хронический толстокишечный стаз является поздней стадией развития функционального запора в отсутствие адекватной терапии, а не идиопатическим первичным моторным расстройством [15]. В 1978 году введен термин «обструкция выхода» для обозначения формы стаза, при котором время кишечного транзита рентгеноконтрастных маркеров по проксимальным отделам толстой кишки нормально или несколько замедленно, но последние скапливаются в прямой кишке. Это иногда объясняется неадекватной функцией лонно-прямокишечной мышцы (пуборектальный синдром, дисфункция тазового дна, анизм, синдром спастичного тазового дна, парадоксальное лонно-прямокишечное сокращение, нерасслабляющийся пуборектальный синдром, диссинергия тазового дна, ректосфинктерная диссинергия [12,17].

Патофизиологически возможными причинами нарушений эвакуации, являются случаи мышечного гипертонуса (невозможность расслабления или «анизм»), недостаточное расслабление [11,17,18] или парадоксальное сокращение мышц тазового дна и наружного анального сфинктера при попытке симулированной дефекации [16], и мышечная гипотония, иногда с мегаректумом и избыточным опущением промежности [16,17]. Роль избыточного натуживания, ведущего к или ассоциированного с избыточным опущением промежности, родовых повреждений промежностных нервов, запоров, внутреннего выпадения прямой кишки, синдрома солитарной язвы прямой кишки и недержания кала недостаточно прояснена. Наиболее частая причина запоров - нерациональное питание и низкая физическая активность. По данным [7], у больных до 20 лет в качестве причины доминируют анатомические особенности толстой кишки, 20-40 лет патология аноректальной зоны, после 40 лет - одинаково часто встречаются все причины.

По данным авторов [16,18,19] у пациентов с аномалиями толстой кишки запоры

обуславливались замедленным транзитом и были следствием дистрофии мышечно-кишечного сплетения. С другой стороны дискутируется вопрос о роли различных вариантов строения и фиксации толстой кишки в развитии кологенного типа стаза [10,15,19].

Выделено 2 типа строения толстой кишки. Первый тип походил на строения кишки полуобезьян, второй тип характеризовался высоко расположенным печеночным и селезеночным изгибами толстой кишки, провисающей в таз поперечноободочной кишкой, дополнительными петлями нисходящей кишки. По мнению авторов к кологенному запору могли приводить общая илеоцекальная брыжейка, острые изгибы ободочной кишки, долихосигма, неполный поворот толстой кишки [12]. Однако различные варианты строения толстой кишки могут не проявляться всю жизнь. [17] указывал на роль спаек и пленчатых наложений которые являлись следствием нарушений кишечного транзита. [17,18] указывали на защитный характер избыточного образования спаек в ответ на воспалительный процесс, имевший место ранее в брюшной полости. По данным [6] в спайках проходят мелкие сосуды, являющиеся портокавальными анастомозами, приводящими к аутоинтоксикации. Хронический запор часто сочетается с геморроем [14]. Таким образом, этиология запоров многообразна, нет единого мнения об основных причинах, ввиду большого количества патологии приводящих к такому состоянию [12].

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 колостазов: 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 колостаза, 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 колостаза / Э.А. Джавадов // Хирургия. - 2009. - № 12. - С. 60-62

9. Курыгин, А.А. Длительная эпидуральная блокада и моторная функция кишечника в раннем послеоперационном периоде / А.А. курыгин, Н.А. Майстренко, Т.О. Ревин // Вестник хирургии.-2002. - №2. - С. 52-53

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

11. Лопатин, В.М. Долихосигма, выбор метода хирургического лечения / В.М. Лопатин, А.В. Куляпин, А.М. Меньшиков // Актуальные вопросы коло-проктологии: материалы I съезда колопроктологов Рос-

сии. - Самара, 2003. -С. 427-428

12. 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

13. Пасечников, В.Д. Функциональный запор, обусловленный замедленным транзитом кишечного содержимого / В.Д. Пасечников // Фарматека. -2003.-№10.-С. 1-8.

14. Полуэктова, Е.А. Алгоритм обследования и лечения больных с запорами / Е.А. Полуэктова, С. Белхушет // Русский медицинский журн. - 2002. -№28.-С 1584-1585

15. Хирургическое лечение хронического колостаза и других осложнений долихоколон / А.В. Воробей [и др.] // Проблемы проктологии. - М., 2002.-Вып. 18.-С. 519-22

16. 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

17. Bannura, G. Severe- chronic constipation. Is it a problem of surgery? /G. Bannura//Rev. Med. CM. - 2002. - Vol. 130, N 7. - P. 803-808

18. Cristensen, P. New treatment modalities for neurogenic colorectal dysfunction- /P.Cristensen//Helios.- 2004.- Vol. 11, N 2. - P. 3-8

19. 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

20. Outcome of segmental colonic resection for slow-transit constipation / E. Lundin [et al.] // Br. J surg. - 2002. - Vol. 89, N 10. - P. 1270-1274.

СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО КОЛОСТАЗА (Обзор литературы)**Сообщение №2****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)**

Диагностические мероприятия при колостазе предусматривают исключение органических и системных заболеваний, ведущих к нарушению кишечной функции.

Первичная оценка больного с хроническим запором включает общий физический осмотр, а затем проктологический осмотр. Обращается внимание на признаки анемии, изменение лимфоузлов, новообразования брюшной полости, заболевания заднего прохода, а также признаки заболеваний, симулирующих запоры. Лабораторная диагностика стандартная (анализ содержания гемоглобина крови и СОЭ, уровень тиреоидных гормонов и пр.) [17].

Осуществление колоноскопии обязательно, хотя часто представляет технические сложности в виду скопления кишечного содержимого или долихоколон.

Ирригография позволяет изучить анатомические особенности толстой кишки, особенности её расположения, изменения просвета и рельефа, а также реально оценить ее тонус и способность к опорожнению. Возможна модифицированная методика позволяющая оценить изменения тазового дна при натуживании [16,17,20].

При выявлении внекишечных причин пациенты получают соответствующее лечение без проведения дополнительных исследований. Применяется тактика назначения стандартного лечения на срок 3-6 недель всем пациентам с колостазом, при безуспешности которого принимается решение о проведении дальнейших исследований дефекационной функции [3,12].

В качестве общепринятого стандарта в лечении выступают коррекция диеты и увеличение физической активности, с больным обсуждается его режим дня и привычки к осуществлению стула - боль-

ной нацеливается на распознавание позыва на стул и обеспечение условий для его реализации; больным рекомендуется прибегать к натуживанию только при позыве на дефекацию [9,11].

Некоторые авторы предлагают переходить к углублённому исследованию колоректальной функции после 6 месяцев лечения. В случае неудачи пробной терапии больные направляются врачами, проводившими первичное обследование и лечение, к специалистам гастроэнтерологам и колопроктологам, занимающимся диагностикой и лечением запоров [8,14]. К подобным больным за рубежом применяется термин «упорные» (intractable, obstinate), «тяжёлые идиопатические» (severe idiopathic), «рефрактерные» (refractory) функциональные запоры, в отечественной литературе - рефрактерные запоры [11].

Попытки проследить взаимосвязи между симптоматикой пациентов с колостазом и результатами их функциональных тестов не привели к выявлению достоверных зависимостей [17,18]. Считается что комбинация жалоб на редкий стул, вздутия живота, отсутствие позывов на дефекацию и предпочтительность слабительных средств в качестве пособия для дефекации более свойственна для запора с замедлением транзита по ободочной кишке, в то время как натуживание, неполное опорожнение и плотный кал характерны для дисфункции тазового дна. Для этой же цели были предложены дискриминантные функции [18].

Считается, что для пациентов с нерегулярной дефекацией, потерпевших неудачу при пробном лечении, измерение времени толстокишечного транзита является единственным ценным исследованием.

Нормальные показатели исследования исключают необходимость дальнейших диагностических тестов и помогают убедиться в том, что колоректальная функция не нарушена, значительное замедление транзита подтверждает серьёзность жалобы и предполагает проведение дополнительных исследований для уточнения различных аспектов желудочно-кишечной моторики [8].

Существует точка зрения [16], что замедленный транзит по ободочной кишке развивается вторично к существующей дистальной обструкции (обструкции выхода), поэтому проводить измерение времени толстокишечного транзита следует только при отсутствии нарушений при постановке эвакуационных проб, электромиографии, дефекографии или после успешного лечения дистальной обструкции, но персистенции запоров. В противоположность этому, при проведении комплексного исследования моторики толстой кишки [4,16] не выявили связи между величиной общего времени транзита и состоянием эвакуаторной функции прямой кишки. Более того, [18] исследовав опорожнение сегментов ободочной кишки во время дефекации, пришли к выводу, что в дефекации принимает участие вся толстая кишка, и поэтому причины дистальной обструкции могут быть сложнее, чем только нарушение эвакуаторной функции прямой кишки. Тем не менее, пациентам с рефрактерным запором, которые жалуются на затруднённую дефекацию, следует, в первую очередь, провести дефекографию и аноректальную манометрию [14,19].

Дальнейшее обследование проводится для разделения больных на подгруппы: а) с замедлением толстокишечного транзита; б) с нарушением опорожнения прямой кишки; в) с сочетанием первых двух признаков; г) с нормальным временем транзита и без нарушений эвакуации из прямой кишки [13].

Для определения времени транзита по толстой кишке в основном используются два вида методик: рентгенологические с рентгеноконтрастными маркерами и радионуклидные [3,7]. Установлено, что метод

рентгеноконтрастных маркёров даёт воспроизводимые результаты при наличии замедленного транзита [11,16]. Было установлено, что формы с замедлением транзита по правым отделам, как и формы с нарушением опорожнения, плохо поддавались лечению отрубями [18].

По мнению большинства авторов, измерение времени толстокишечного транзита с маркерами является простым методом, который позволяет оценить объективность жалоб пациентов на нарушение моторно-эвакуаторной функции кишечника, документировать степень и локализацию замедления транзита, а также проводить наблюдения за эффектами прокинетики активных препаратов [12].

Помимо рентгенологической техники с маркерами, для оценки кишечного транзита успешно применяется сцинтиграфия, ИПР энтероколасцинтиграфии, и сцинтидефекографии [15,18,19]. Показано, что скорость транзита по толстой кишке достоверно различается при СРК и хроническом толстокишечном стазе. Установлено, что нарушение желчеотделения и анатомо-топографические особенности ободочной кишки могут усугублять нарушения транзита при хронических запорах, но не служат их единственной причиной [16]. Отмечено отсутствие прямой взаимосвязи между удлинением отделов ободочной кишки и существованием запоров отмечают и другие исследователи [20].

Используются функциональные аноректальные методики [8,14,17] - анальная манометрия, поверхностная электромиография, эвакуационная проктография (дефекография или сцинтидефекография), тест с изгнанием баллончика (симулированная дефекация) [8,15,17].

Однако нормальные показатели опорожнения прямой кишки широко варьируют [14,16]. У молодых пациентов с упорным запором было показано, что результаты дефекографии мало влияют на выбор лечения запора и прогноз, например, после колэктомии [18]. Дефекография в сочетании с контрастированием барием тонкой кишки *per os* (зондом) может быть полезна для выявления энтероцеле [16,18].

Некоторые данные, получаемые при дефекографии, особенно ректоцеле, опущение тазового дна и внутреннее выпадение прямой кишки, наблюдаются у большого числа бессимптомных лиц [16,17], а наличие этих особенностей не коррелирует с нарушением опорожнения прямой кишки [3,5]. Опорожнение прямой кишки также не коррелирует с симптомами (нерегулярная дефекация), толстокишечным транзитом и данными манометрии заднего прохода [11,16].

При тщательном обследовании часть пациентов имеют черты как медленнотранзитного запора, так и обструкции выхода [4,13]. Схожие показатели приводятся и другими исследователями [4,13]. Несколько ранее в другом исследовании было отмечено, что пациенты с жалобами на выраженные боли в животе обычно имели нормальный или слегка замедленный толстокишечный транзит, и авторы были склонны отнести их к СРК [11]. В исследовательских целях для оценки внешней иннервации толстой кишки была применена лазерная доплерометрия [4,7]. Несмотря на широкое применение различных физиологических методик при хронических запорах и обилие накопленных сведений, по-прежнему остаётся не ясна их прогностическая ценность для терапии [17].

Необходимой частью обследования пациентов с колостазом, является исследование микрофлоры толстой кишки. Все исследователи описывают большой процент дисбиотических отклонений при хроническом запоре, отличительной чертой которого является подавление роста бифидо- и лактофлоры [12,14]. Однако эти исследования не дают полного представления об инфраструктурных изменениях микробного ценоза толстой кишки, так как применяемое с этой целью микробиологическое исследование фекалий позволяет определить количественное и качественное содержание лишь ограниченного числа из 400 видов микроорганизмов, обитающих в толстой кишке. Перспективно использование для определения биохимических метаболитов анаэробной сахаролитической микрофлоры, преобладающей в толстой

кишке и ответственной за микробное пищеварение в ней газожидкостной хроматографии [5,6,19]. К таким метаболитам относятся короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК) часто называемые «летучими». По результатам определения КЦЖК фекалий имеется возможность установить как сам факт дисбиоза, так и оценить инфраструктурные изменения микрофлоры. Предполагается, что подобный анализ, может выявить характерные нозологические особенности дисбиоза [16].

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 колостазов: 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 колостазов, 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 боль-

ных с долихоклон / 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. Курыгин, А.А. Длительная эпидуральная блокада и моторная функция кишечника в раннем послеоперационном периоде / А.А. курыгин, Н.А. Майстренко, Т.О. Ревин // Вестник хирургии.-2002. - №2. - С. 52-53

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

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

12. 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

13. Пасечников, В.Д. Функциональный запор, обусловленный замедленным транзитом кишечного содержимого / В.Д. Пасечников // Фарматека. -2003.-№10.-С. 1-8.

14. Полуэктова, Е.А. Алгоритм обследо-

вания и лечения больных с запорами / Е.А. Полуэктова, С. Белхушет // Русский медицинский журн. - 2002. -№28.-С 1584-1585

15. Хирургическое лечение хронического колостазы и других осложнений долихоколона / А.В. Воробей [и др.] // Проблемы проктологии. - М., 2002.-Вып. 18.-С. 519-22

16. 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

17. Bannura, G. Severe- chronic constipation. Is it a problem of surgery? / G. Bannura//Rev. Med. CM. - 2002. - Vol. 130, N 7. - P. 803-808

18. Cristensen, P. New treatment modalities for neurogenic colorectal dysfunction- /P.Cristensen//Helios.- 2004.- Vol. 11, N 2. - P. 3-8

19. 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

20. Outcome of segmental colonic resection for slow-transit constipation / E. Lundin [et al.] // Br. J surg. - 2002. - Vol. 89, N 10. - P. 1270-1274.

ПРОБЛЕМА САХАРНОГО ДИАБЕТА, СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ НА ИХ ЛЕЧЕНИЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

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 статье изложена заболеваемость сахарным диабетом, распространенность синдрома диабетической стопы, затраты на их лечение.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, распространенность, экономика

The problem of diabetes, diabetic foot and economic costs of their treatment at the present stage

Joldoshibekov E.Z., Sydykov B.A

/ Kyrgyz State Medical Academy named I.K.Ahunbaev. Bishkek.

Asian Medical Institute named S.Tentishev. Kant /

Summary. In the article the incidence of diabetes, the prevalence of diabetic foot, the cost of treatment.

Key words: diabetes, diabetic foot, prevalence, economy

В настоящее время пристальное внимание диабетологов всего мира привлекают вопросы заболеваемости и распространенности СД и факторов, определяющих их уровень. СД является серьезной проблемой здравоохранения, затрагивающей лиц любого возраста, национальности, и по удельному весу занимает третье место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. СД довольно часто приводит к ранней инвалидизации больного из-за развития осложнений, тем самым принося государству огромный социально-экономический ущерб вследствие снижения трудоспособности, инвалидизации и смертности (И.И. Дедов и соавт., 2005; О.В. Удовиченко, Г.Р.Галстян, 2005; Л.Р. Алан, 2006; А.С. Мухин, А.Н. Васягин, 2008; S.H.Roman, M.J.Harris, 1997).

Согласно данным ВОЗ (1995), число больных ежегодно увеличивается на 8-12%, а каждое десятилетие удваивается. Если в 1995 году в мире насчитывалось около 100 млн. больных СД, то к 2000 году по оценкам экспертов оно составило уже 175,4 млн., а в данное время этот показатель достигает около 6% взрослого населения. Это почти 250 млн. человек. У 20-80% из них в возрасте от 20 до 75 лет встречается синдром диабетической стопы (А.М. Светухин, 2008; S.Mayor 2006).

Во многих странах мира имеются программы, которые включают учет и контроль за больными СД. В Российской Федерации в 1999 году зарегистрировано 2 млн. 345 больных СД, из них 500 тыс. 1 типом СД, а по данным специальных исследований, уровень заболеваемости населения СД в 4 раза выше – общая их численность составляет около 8 млн. В США ежегодно регистрируется 50 случаев на 1 млн. населения, т.е. в год 10 000, а по сведениям ряда исследователей этот показатель доходит до 19000 новых случаев в год (И.И. Дедов, М.Б. Анциферов, 1992; С.А. Абусуев и соавт., 2001; З.М. Асельдарова и соавт., 2001).

Проблема СД актуальна и для Кыргызстана. Если в 1966 году на учете состояло 523 больных СД, то на 01.01.2002 года было уже 16.984 больных, в том числе 14 992 - ИНСД, и 1 692 - ИЗСД. Из них младше 15 лет был 121 больной. В 2001 году зарегистрировано 1 557 заболеваний СД, а в 2007 году еще 3601 новых случаев, что составляет 10% роста диспансерной группы. Согласно данным РМИЦ, на 01.01.08 общее число зарегистрированных составило 28077 больных (И.Т.Калюжный, В.Д.Устинов, 1975; С.К. Мамутова, 2002; РМИЦ, 2008).

Большая социальная значимость СД состоит еще в том, что он приводит к ран-

ней инвалидизации и летальности, которая обусловлена наличием поздних осложнений диабета: микроангиопатии (ретинопатия, нефропатия), макроангиопатии (инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей), нейропатии (стопа Шарко, трофические язвы). Сахарный диабет – очень частая причина слепоты и смерти от уремии. Среди больных диабетом уровень смертности от болезней сердца и инсульта выше в 2-3 раза, терминального поражения почек – в 15 раз, слепоты – в 25 раз. Гангрена и ампутация конечностей также встречается в 45-70 раз чаще, чем среди населения в целом (И.Н. Бокарев и соавт., 2006; W.J. Jefcoate., 2004; P. Muntner et.al., 2005; L. Norgren et. al., 2007).

Однако Сунцов Ю.И. и соавт. (2010) считают, что фактическая распространенность осложнений СД на 20-50% больше, чем регистрируемая.

По смертности в США 17,2% всех смертей среди лиц 25 лет и старше приходится на СД. Ежегодно умирает 5,5%, уровень смертности среди них в 2-4 раза превышает таковой среди лиц, не имеющих диабет. Продолжительность жизни у страдающих СД на 7-10 лет меньше, чем у лиц без диабета. О высоком риске смерти в этой группе по сравнению с общей популяцией сообщалось и другими исследователями (С.В.Кудрякова, Ю.И.Сунцов, 2001; A.J.Swerdlow, M.E.Jones, 1996; S.N.Roman, M.J.Harris, 1997; K.Gu et.al., 1998).

В течение всей жизни более 30-40% больных диабетом имеют те или иные хирургические проблемы, связанные со стопой. Частота госпитализаций в хирургические стационары с осложненными формами диабетической стопы колеблется от 20 до 25%. Поражение стопы у лиц со стажем диабета до 5 лет встречается в 62%, у лиц со стажем 10 лет – в 92,5%, а у впервые выявленных - 37,5% и проявляется в виде полинейропатии, остеоартропатии, ангиопатии, а также торможением регенерации тканей. Стопа деформируется, образуются язвы, некрозы, которые осложняются гнойными процессами (А.Б.Земляной, 2003; А.М.Светухин и соавт., 2006).

Сахарный диабет приносит огромный экономический ущерб обществу. Ежегодный рост числа больных, увеличение стоимости средств лечения, методов обследования, решение социальных проблем требуют затрат как со стороны больного и членов его семьи, так и со стороны государства. Значительные исследования по подсчету экономических затрат проведены в США. Однако сравнение имеющихся данных следует проводить с учетом различий в системе здравоохранения и экономического развития государства. В связи с этим, в различных странах доля расходов, связанных с диабетом, которую берет на себя государство, существенно отличается. В США в 1992 году число больных, страдающих СД, составило 13 млн. человек и 95% из них с СД II типа. За год было 371969 госпитализаций по поводу СД I типа и 731000 - по поводу его хронических осложнений. Затраты на одного больного составили 9493\$ и были в 3 раза выше, чем для лиц без диабета (2604 \$). Расход на медико-социальную помощь больным СД составил 105,2 млрд. долларов и 47 млрд. долларов - непрямые расходы за счет снижения производительности труда. В США ежегодно выполняется примерно 55-60 тысяч высоких ампутаций, а затраты на них составили 718 млн. долларов. Лечение нейроишемической инфицированной стопы обошлось в 56,2 млн. долларов в год (R.S.Pollet, J.M.El-Rebbi, 1994).

Ежегодно в России проводится 12 тыс. высоких ампутаций, а расходы на них составили 14,4 млн. долларов. Общая сумма затрат на одного больного в США составили 512,5 \$, в Англии – 8080\$, в Финляндии – 3209\$, в Австралии - 2060\$, в странах Центральной и Южной Америки - 353\$ (Е.Коледова, 1999; И.И.Дедов и соавт., 2000; С.С.Cowie, M. Eberhardt, 1996; С.С.С. Curie et.al., 1996).

Средняя продолжительность терапии больных с гангреной конечности в странах Европы составила 6-14 недель, а стоимость ее лечения составила 16,1-26,7 тыс.\$.

Прямые и непрямые расходы, связанные с ампутацией, значительно выше и составили 43,1–63,1 тыс.\$.

Из вышеизложенного сле-

дует, что 80% всех расходов приходится на лечение осложнений этого заболевания (International Consensus, 2007; S.Mayor, 2006).

В Кыргызстане подобных исследований не проводилось, поэтому подсчет экономических затрат в условиях рыночных отношений играет существенную роль, поскольку часть средств затрачивается из государственного бюджета, а другая - из личных средств больного, несмотря на то, что больные СД должны лечиться бесплатно.

Литература

1. Абусуев З.С. Диабетическая макроангиопатия сосудов нижних конечностей [Текст] / З.С. Абусуев, С.А. Абусуев // Актуальные проблемы современной эндокринологии / Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. – Санкт-Петербург, 2001. – С.7-8.
2. Алан Л.Р. Diabetes For Dummies [Текст] / Л.Р. Алан. - М: Диалектика, 2006. - 496 с
3. Асельдарова З.М. Распространенность СД II типа в сельской местности [Текст] / З.М. Асельдарова, Д.Г. Хаширов, А.А. Захарьева // Актуальные проблемы современной эндокринологии / Материалы IV Всероссийского конгресса эндокринологов. – Санкт-Петербург, 2001. – С.13-14.
4. Бокарев И.Н. Сахарный диабет [Текст] / И.Н. Бокарев, Б.К. Великов, О.И. Шубина. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – 106 с.
5. Дедов И.И. Диабетическая стопа [Текст] / И.И. Дедов, О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян.- М.: Практическая медицина, 2005.- 197 с.
6. Дедов И.И. Основные задачи здравоохранения по выполнению Сент-Винсенской декларации, направленной на улучшение качества лечебно-профилактической помощи больным сахарным диабетом (сообщение 1) [Текст] / И.И. Дедов, М.Б. Анциферов // Пробл.эндокринологии. – 1992. - № 1. – С.4-12.
7. Дедов И.И. Экономические проблемы сахарного диабета [Текст] / И.И. Дедов, Ю.И. Сунцов, С.В. Кудрякова // Сахарный диабет. – 2000. - № 3. – С.56-58.
8. Земляной А.Б. Гнойно-некротические формы синдрома диабетической стопы. Патогенез, клиника, диагностика [Текст] / А.Б. Земляной : Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 2003. – 36 с.

9. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской республики в 2007 году [Текст]. – Бишкек: РМИЦ, 2008.

10. Удовиченко О.В. Современные технологии разгрузки нижней конечности в комплексном лечении синдрома диабетической стопы [Текст] / О.В. Удовиченко, Г.Р. Галстян // Проблемы эндокринологии.- 2005. - №3. - С.44-45.

11. Коледова Е. Экономические аспекты лечения сахарного диабета [Текст] / Е. Коледова // Сахарный диабет. – 1999. - № 3. – С.57-60.

12. Калюжный И.Т. Эпидемиология сахарного диабета в Киргизии [Текст] / И.Т. Калюжный, В.Д. Устинов // Сб. научн. тр. КГМИ. – Фрунзе, 1975. – Т.105. – С.4-14.

13. Кудрякова С.В. Смертность среди больных сахарным диабетом по данным территориального регистра [Текст] / С.В. Кудрякова, Ю.И. Сунцов // Сахарный диабет. – 2001. - № 2. – С.57-59.

14. Мухин А.С. Лечение трофических язв венозной этиологии в амбулаторных условиях [Текст] / А.С. Мухин, А.Н. Васягин // Нижегородский медицинский журнал. -2008. - №1. - С.40-44.

15. Мамутова С.К. Отчет минздрава [Текст] /С.К. Мамутова . – 2002.

16. Светухин А.М. Отдаленные результаты лечения больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы [Текст] / А.М. Светухин., А.Б. Земляной, В.А. Колтунов // Хирургия. – 2008. - №7. - С8-10.

17. Светухин А.М. Особенности нарушения системы гемостаза и их коррекция у больных с гнойно-некротическими формами синдрома диабетической стопы [Текст] / А.С. Светухин, Ю.А.Амирасланов, А.Б. Земляной // Хирургия. – 2006. - № 10. – С. 30-34.

18. Cowie C.C. Diabetes 1996: Vital Statis [Text] / C.C. Cowie, M. Eberhardt. – Alexandria: VAADA, 1996.

19. Curie C.I. The British Diabetic Association's Medical and Scientific Section Spring Meeting. Dublin, 28-29 March 1996. Abstracts [Text] / C.I. Curie, Gill, I.R. Peters // Diabet. Med. – 1996. – Vol.13, # 3 (Suppl.3). – P.61-63.

20. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) [Text] // MMWR Morb Mortal Weekly Rep. – 2005. Vol. 54, # 43. – P.1097-1100.

21. International Consensus for Wound healing and treatments for people with diabetic

foot ulcer [Text] // *Diabetes Metab. Res.* – 2007. – Vol.20 (supl. 1). – P. 78-89.

22. Mayor S. Diabetes affects nearly 6% of the worlds adults [Text] / S. Mayor // *BMJ.* – 2006. – # 9. – P.1191.

23. Mayor S. Diabetes affects nearly 6% of the worlds adults [Text] / S. Mayor // *BMJ.* – 2006. – # 9. – P.1191.

24. Roman S.H. Management of diabetes mellitus from a public health perspective [Text] / S.H. Roman, M.I. Harris // *Endocrinol. Metab. Clin. North Am.* – 1997. – Vol.26, # 3. – P.443-474.

25. Traditional and nontraditional risk factors predict coronary heart disease in chronic kidney disease: results from the atherosclerosis risk in communities study [Text] / P. Muntner, J. He, B.C. Astor, A.R. Folsom // *J. Am. Soc. Nephrol.* – 2005. – Vol.16. – P.529-538.

26. Fowkes FGR on behalf of the TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease [Text]

/ L. Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy et al. // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* – 2007. – Vol.33, suppl I. – P.1-75.

27. Jefcoate W.J. Amputation as a marker of the quality of foot care in diabetes [Text] / W.J. Jefcoate // *Diabetologia.* – 2004. – Vol.47. – P.2051-2058sk.

28. Pollet R.S. Recent advances in the management of diabetes mellitus [Text] / R.S. Pollet, J.M. El-Rebbi // *Diabetes Reviews.* – 1994. – Vol.2, # 4. – P.413-427.

29. Swerdlow A.J. Enhanced carrier-mediated lactate entry into isolated hepatocytes from starved and diabetic rats [Text] / A.J. Swerdlow, M.E. Jones // *Int. J. Epidemiol.* – 1996. – Vol.25, # 1. – P.38-41.

30. Gu K. Improved glycemic control in intensively treated type 1 diabetic patients using blood glucose meters with storage capability and computer-assisted analyses [Text] / K. Gu, C.C. Cowie, M. Harris // *Diabetes Care.* – 1998. – Vol.21, # 10. – P.1138-1145.

**«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 6x9 (5x8) 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.	Ниязова С.Б. К вопросу о приоритете факторов развития желчнокаменной болезни (статистическая верификация).....	3
2.	Мамакеев М.М., Ниязов Б.С. Сравнительная результативность хирургического лечения холецистолитиаза у жителей северного и южного регионов Кыргызской Республики.....	6
3.	Субанбаева Г.М. Инновационная модель построения системы непрерывного профессионального развития (образования) в Кыргызской Республике.....	11
4.	Коомбаев К.К. Использование винтовых дентальных имплантатов при протезировании беззубой нижней челюсти.....	14
5.	Ешиев А.М., Зазилевский З., Абдуллаева С.А. Использование фото дренажного устройства при комплексном лечении гнилостно-некротических флегмон челюстно - лицевой области и шеи.....	18
6.	Калжикеев А.М. Хирургическое лечение больных с язвенными стенозами пилородуоденальной области.....	21
7.	Мундуков К.Ж. Полипы желчного пузыря, их диагностика и лечение.....	26
8.	Усупбаев А.Ч., Кулукеев У.К. Ятрогенные повреждения мочевыводящих путей и их осложнения.....	28
9.	Каратаева Г.Т. Комплаентность, ее значение в терапии хронических заболеваний.....	32
10.	Мамакеев К.М., Мамажусупов Н.А., Ашимов Ж.И. Оценка хирургической эффективности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.....	36
11.	Коомбаев К.К. Разновидности систем дентальных имплантатов, их преимущества и недостатки.....	38
12.	Ешиев Д.А. Зазилевский З., Токтосунов А. Современные представления о причинах возникновения костных дефектов альвеолярного отростка и развитии послеоперационных воспалений.....	44
13.	Калжикеев А.М. Влияние различных вариантов резекций желудка на топографо-анатомические соотношения желудочно - кишечного тракта.....	48
14.	Абдиев А.Ш. Некоторые аспекты современной теории патогенеза острой спаечной кишечной непроходимости (Сообщение № 1).....	53

15.	Абдиев А.Ш. Некоторые аспекты современной теории патогенеза острой спаечной кишечной непроходимости (Сообщение № 2).....	56
16.	Орозобеков Б.К. Синдром хронического колостазы (Сообщение № 1).....	60
17.	Орозобеков Б.К. Синдром хронического колостазы (Сообщение №2).....	64
18.	Жолдошбеков Е.Ж., Сыдыков Б.А. Проблема сахарного диабета, синдрома диабетической стопы и экономические затраты на их лечение на современном этапе.....	68
19.	«ПРАЙС – РЕЛИЗ» научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века».....	72

*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.*