

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН**

**Республиканская научно-практическая конференция
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»,
посвященная 70-летию профессора А.О. ОСМАНОВА**

Махачкала, 2020 г.

Технический редактор – А.Г. Гусейнов

Редакционная коллегия:

Маммаев С.Н. – ректор (председатель)

Моллаева Н.Р. – проректор по НИР

Хамидов М.А. – проректор по лечебной работе

Республиканская научно-практическая конференция «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ», посвященная 70-летию профессора А.О. ОСМАНОВА – Махачкала, 2020.



Дорогой Абдурахман Османович!

Ректорат, профессорско-преподавательский состав, сотрудники и студенты Дагестанского государственного медицинского университета сердечно поздравляют Вас с 70-летием со дня рождения!

Пройденный Вами замечательный путь хирурга–профессионала и ученого - пример преданности врачебному искусству и медицинской науке.

Защитив кандидатскую и докторскую диссертации в известном центре хирургии им. Б.В.Петровского, Вы внесли весомый вклад в разработку проблем хирургического эхинококкоза.

Результаты научных исследований, были обобщены в монографиях, методических пособиях и 10 диссертациях, защищенных под Вашим руководством. Вашему перу принадлежит 130 печатных работ.

Вы – человек высокой эрудиции и больших организаторских способностей. Коллектив, заметив это, доверил Вам в 1998 году высший пост – ректора Дагестанской государственной медицинской академии. Находясь в этой должности в течении 15 лет, Вы смогли сохранить заложенные Вашими учителями традиции нашего ВУЗа.

За годы Вашей деятельности академия два раза успешно прошла комплексную оценку своей деятельности.

Ваши заслуги были оценены по достоинству. Вам были присвоены почетные звания Заслуженного врача РФ и РД, Заслуженного деятеля науки РД, Лауреата Госпремии Дагестана и др. Народ избрал Вас своим депутатом Народного собрания.

С поздравлением в этот славный юбилей, примите искренние пожелания благополучия, оптимизма, душевного спокойствия, творческого долголетия и счастья в личной жизни. Будьте всегда окружены пониманием Ваших коллег, друзей и любовью близких.

С глубоким уважением,
ректор

С.Н. Маммаев

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Абдурахманов А.И., Кудяев Д.М.

Кафедра стоматологии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Начиная с 2020 года специалистам, прошедшим подготовку по программе дополнительного образования, что обычно фигурирует в официальных документах как «профессиональная переподготовка», придется пройти процедуру аккредитации.

В то же время нужно отметить, что аккредитация специалиста не стала чем-то принципиально новым. Раньше врачам следовало проходить сертификацию, которую формально заменила аккредитация, в результате которой врачи получают свидетельство о государственной аккредитации без которого уже невозможно будет заниматься практической деятельностью.

Аккредитация стала обязательной процедурой, которая призвана подтвердить, что специалист, имеющий документ, выданный образовательным учреждением высшего образования, с государственной аккредитацией и претендующий на владение навыками стоматолога по соответствующему профилю действующего стандарта.

Система внедрена не на пустом месте, проанализирован опыт успешных развитых стран, где уже действует сходная логика получения образования и прохождения аккредитации.

Стоит признать, введение нового правового норматива вызвало бурю недовольства, и даже паники среди врачей, для которых обновленный закон показался на первый взгляд не совсем понятным.

По действующим правилам и нормативам, необходимо регулярно повторять процедуру. Профессия «стоматолог» должна подтверждаться каждые пять лет. Это означает, что с пятилетней периодичностью придется доказывать соответствие занимаемой должности.

Приказ Министерства здравоохранения обязывает теперь врачей, в том числе стоматологического профиля, в течение года получать 50 баллов или кредитно-часов, связанных с активностью в сфере повышения уровня знаний и навыков. При этом получить все баллы за один раз хоть и возможно, но совсем не обязательно. Например,

можно регулярно проходить кратковременные обучающие программы – скажем, 18-часовые. Кроме того, можно посещать конференции, участвовать в мастер-классах или проходить дистанционно образовательные программы. Все это позволит врачам накапливать баллы и часы, что в дальнейшем поможет получить аккредитацию, когда подойдет срок.

Несомненно, найдутся специалисты, которым не хватит пяти лет, чтобы набрать нужное количество баллов. Так бывает всегда, какую бы систему образования не вводили. Предполагается специально для этой группы лиц будет разработан дополнительный выход из ситуации. Хороший эффект даст внедрение интенсивных курсов, позволяющих собрать недостающий объем баллов. Альтернативный вариант – врачу будет дано дополнительное время, чтобы решить проблему.

Конечно, любому специалисту важно знать, как проходит аккредитация, кому ее нужно проходить. Из приказа следует, что аккредитоваться придется тем, кто получил высшее образование в области медицины, стоматологии, а также имеющий средний уровень образования медицинского профиля. Внедрение аккредитации в систему дополнительного повышения уровня квалификации производится постепенно, шагами. Так, первыми под удар попали те, кто получил последний сертификат в 2016 году.

Конечно, как бы ни выглядела многообещающе внедряемая аккредитация, у этой системы есть подводные камни. Так, новинка очень сильно отличается от практикуемых методик обучения в высших учебных заведениях страны, она непривычна и для врачей, и для профессорско-преподавательского состава. Это гарантирует, что в первое время будет много недовольства и недопонимания.

Было ясно уже с первых моментов, что наибольшее влияние новый приказ окажет на начало карьеры врачей стоматологического профиля. Именно с них началось внедрение новых подходов к оценке уровня квалификации. Впрочем, многие согласятся, аккредитация специалиста в области медицины в нашей стране уже давно была большим вопросом. Люди стали не доверять врачам, и эта мера позволит вернуть веру в высококвалифицированную помощь. По крайней мере, на это был расчет при принятии закона.

Предполагается, что обновлённая система позволит сделать систему получения стоматологами дополнительного образования более

эффективной. Если раньше можно было рассчитывать на 144 часа занятий с промежутком в пять лет, то теперь нужно получить 250 часов, распределенных в пятилетнем промежутке равномерно. Кстати говоря, по старым нормативам эти 144 часа осваивали всего лишь в 4 недели. Конечно, это сказывалось на усвоении знаний, не говоря уж о том, что актуальность далеко не всегда соответствовала ожиданиям.

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ

Абдурахманов А.И., Сутаева Т.Р.

Кафедра стоматологии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Основным направлением совершенствования процесса повышения квалификации врачей-стоматологов, на этапе последипломного образования, является постепенное внедрение современных форм обучения.

Ординатура - первый шаг к самостоятельной работе врача, поэтому важно начиная именно с этого этапа направлять усилия молодого специалиста к самосовершенствованию.

Традиционные методы обучения врачей-ординаторов в первую очередь направлены на приобретение и углубление знаний путем передачи информации с последующим её воплощением в конкретных действиях по готовому алгоритму. Такой подход на сегодняшний день при подготовке врачей вполне оправдан.

Однако данная методика обучения не в полной мере способствует развитию самостоятельной познавательной деятельности обучающихся.

На кафедре стоматологии ФПК и ППС ординаторы полноценно участвуют в лечебно-диагностическом процессе. Практически ежедневно обучающиеся принимают участие в качестве ассистентов и самостоятельно выполняют ряд стоматологических манипуляций.

Ход практической работы клинических ординаторов фиксируется в дневнике, который по окончании курса подписывает заведующий кафедрой.

Ежегодно клинические ординаторы принимают участие в научно-практических конференциях, проводимых совместно с базовыми лечебными.

Педагогический коллектив, работающий с клиническими ординаторами, находится в постоянном поиске, вызывая мотивацию и заинтересованность у молодых врачей. В связи с этим в 2019 г. сотрудниками кафедры стоматологии ФПК и ППС было предложено провести с врачами–ординаторами рейдов под названием «Профилактика стоматологических заболеваний». Были подготовлены 600 буклетов и 4 наглядных плаката по этиологии и патогенезу стоматологических заболеваний и распространены среди школьников. 180 детей прошли опрос на тему «Без страха у стоматолога». 135 человек подтвердили, что боятся лечить зубы. Представлен достаточно обширный материал в виде презентации к вниманию учеников 8-9 классов гимназии № 17, г. Махачкала. Программа включала в себя: выявление причин стоматологических заболеваний, как местных, так и общих; информацию о стоматологических понятиях и определениях, таких как кариес, пульпит, периодонтит, пародонтит, пародонтоз. Врачи-ординаторы отвечали на все интересующие вопросы. Был продемонстрирован видеоматериал по обучению «Уход за полостью рта», «Профессиональная гигиена полости рта», «Лечение кариеса». Просмотр сопровождался явным интересом со стороны школьников.

Клинические ординаторы и учащиеся были мотивированы к необходимости проведения ранней профилактики. Самостоятельная работа была проведена ординаторами по изучению литературы, по дизайнерской работе над плакатами и буклетами. Подготовка презентаций проводилась совместно с ассистентами.

Вывод. Такой рейд позволил клиническим ординаторам с большим интересом освоить ряд тем по профилактике стоматологических заболеваний. И помимо этого, излагая материал детям, врачи-ординаторы мотивировали не только школьников к профилактике кариеса зубов, но и позволили сократить количество ребят, испытывающих страх перед приемом у стоматолога.

МОДУЛЬНЫЕ ЦИКЛИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ХИРУРГИИ – ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Алиев М.А., Абдуллаев М.Р.

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

В системе высшего медицинского образования подготовка будущих врачей по клинической хирургии занимает ведущее место. На нашей кафедре получают хирургическое образование студенты стоматологического, педиатрического и медико–профилактического факультетов ДГМУ. Для оптимизации учебного процесса мы используем как новые, так и классические, оправдавшие себя методы обучения студентов хирургии. Опыт нашей кафедры свидетельствует, что модульные циклические занятия по хирургии являются эффективной формой учебного процесса, сочетающей в период модульного цикла как чтение лекций, так и проведение практических тематических занятий. Они дисциплинируют студентов, повышают их посещаемость и успеваемость. В период модульных циклических занятий студенты вначале внимательно слушают и записывают лекции, а затем на практических занятиях активно участвуют в клинических разборах тематических больных, наблюдают и участвуют в диагностических исследованиях и лечении больных, присутствуют на обходах и разборах больных в клинике. Уровень знаний студентов проверяется ежедневно, оценивается путём проведения тестового контроля, решения ситуационных задач, проверки и защиты учебных историй болезней, составленных студентами в период курации хирургических больных. Тесты и ситуационные задачи являются эффективными элементами оптимизации учебного процесса, их составляем кратко, чётко, ясно и вместе с эталонами ответов на них вручаем студентам вначале учебного семестра или модульного цикла, а также размещаем их на сайте кафедры в сети Интернет.

В помощь студентам на кафедре составлены и изданы учебные пособия «Лекции по общей хирургии» (Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2012, 296 с., рекомендовано УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов РФ), «Лекции по госпитальной хирургии» (Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2016, 336с., рекомендовано ЦКМС ДГМУ).

Студенты стоматологического факультета на 5-м и 6-м семестрах 3-го курса на модульных циклических занятиях изучают все разделы общей хирургии, на 7-м семестре 4-го курса они изучают курс хирургических болезней, проводят курацию хирургических больных, составляют и защищают учебные истории болезней на курируемых больных. В 7-м семестре на 4-м курсе в конце цикла модульных занятий студенты-стоматологи сдают экзамен по курсу «Хирургические болезни с общей хирургией».

Студенты педиатрического факультета на 7-м семестре 4-го курса на модульных циклических занятиях продолжают изучение курса «Факультетская хирургия», проводят курацию хирургических больных, составляют и защищают учебные истории болезней курируемых больных. В 7-м семестре на 4-м курсе в конце цикла модульных занятий студенты-педиатры сдают экзамен по курсу «Факультетская хирургия». В 8-семестре на 4-м курсе и в 9-м семестре на 5-м курсе студенты – педиатры на модульных циклических занятиях изучают курс «Госпитальная хирургия». В 9-м семестре на 5-м курсе в конце цикла модульных занятий студенты-педиатры сдают итоговый зачёт по курсу «Госпитальная хирургия».

Студенты медико–профилактического факультета на 7-м семестре 4-го курса на модульных циклических занятиях изучают курс «Общая хирургия», на 8-м семестре на 4-м курсе изучают курс «Хирургические болезни» и после окончания цикла модульных занятий они сдают итоговый зачёт по курсу «Хирургические болезни с общей хирургией».

Курация - важный раздел учебного процесса, её задача - научить будущих врачей правильно обследовать больных и грамотно составить историю болезни, активно участвовать в диагностическом и лечебном процессах у курируемых больных, выработка у студентов клинического мышления у постели больных, правильной интерпретации полученных результатов лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, УЗИ, КТ, МРТ и других специальных методов исследования, научить студентов проведению дифференциальной диагностики, установлению клинического диагноза, выявлению осложнений основного заболевания, сопутствующих заболеваний, определению методов лечения. Каждый студент получает для курации отдельного больного. Преподаватель представ-

ляет студентам максимально возможное количество больных с разными типичными хирургическими заболеваниями в соответствии с учебными программами по курсам «Общая хирургия», «Факультетская хирургия», «Госпитальная хирургия». Клиническая база кафедры позволяет это сделать, поскольку наша кафедра и клиника базируются в отделениях хирургического профиля ГKB №1 г. Махачкалы; «Отделение общей хирургии», «Республиканское отделение колопроктологии», «Республиканское отделение хирургической инфекции», «Отделение урологии», «Хирургическое отделение высоких технологий», «Отделение сочетанной травмы», «Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии».

В помощь студентам–кураторам сотрудники кафедры составили и издали специальное учебно-методическое пособие «Курация хирургического больного» (Махачкала: ИПЦ ДГМУ, 2019, 37 с.). Каждый студент-куратор получает это пособие вместе с больным для курации, что значительно облегчает и повышает качество их работы.

ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ И ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ – ВАЖНЕЙШАЯ ЗАДАЧА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Алиев М.А., Абдуллаев М.Р.

Кафедра хирургических болезней педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

В связи с изменениями в нашей стране общественно–политического строя, в последние годы наметилась тенденция к снижению морально–нравственных критериев среди некоторых врачей, без которых существование медицинской профессии, в том числе и хирургии, немислимо. Отсутствие способности реагировать на чужую боль, отсутствие сопереживания, самоуверенность, высокомерие, амбиции, некорректность, неуважительное отношение к коллегам – опасные черты характера, несовместимые с профессией врача. Независимо от политических и социально–экономических изменений, происходящих в обществе, требования к врачу, как к личности, так и к специалисту-профессионалу, остаются высокими.

За последние годы в РФ, в том числе и в РД, функционируют множество частных медицинских диагностических и лечебных учреждений. Врачи в частных или государственных лечебных учреждениях должны неукоснительно соблюдать принципы деонтологии и врачебной этики. Деонтология (с греческого «deon» - должное и «logos» - учение) – введён в 19 веке И.Бентамом как наука о должном, о профессиональном и нравственном поведении человека. Врачебная этика включает нормы поведения и морали врачей. Деонтология - составная часть врачебной этики. Врачебная деонтология – учение о долге врача не только перед больным, но и перед обществом, совокупность этических норм и принципов поведения врача при выполнении профессиональных врачебных обязанностей, взаимоотношения врача с больным, его родственниками, сотрудниками лечебного учреждения.

Морально–этические и деонтологические нормы поведения врача сформулированы ещё Гиппократом (460-377 гг. до н.э.) в клятве Гиппократа. В настоящее время обучение студентов медвузов, клинических ординаторов, аспирантов, молодых врачей только основам общей и частной хирургии, методам диагностики и лечения хирургических заболеваний явно недостаточно. Для формирования полноценного, профессионально грамотного врача, специалиста–хирурга с развитым клиническим мышлением и широким врачебным кругозором крайне необходимо ещё обучение их требованиям современной биомедицинской этики и деонтологии. Этого требуют «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан».

В студенческие годы усваивают моральные принципы, закладываются основные черты нравственного облика врача. Важная миссия преподавателей медвузов – обучать и воспитать не только грамотного врача-специалиста, профессионала, но и человека нравственно, душевно богатого, культурного и щедрого.

О врачах и их взаимоотношениях с больными издано много интересных и поучительных книг. Врач должен быть к больному внимательным, сдержанным и благожелательным, правильно оценивать психическое состояние больного, не причинять ему лишней травмы. Без индивидуального подхода к больному не может быть правильной диагностики и эффективного лечения. У врача ко всем больным отношение должно быть достойным, уважительным, гуманным, корректным. МЗ РФ, руководство ДГМУ уделяют большое внимание

обучению студентов и молодых врачей биомедицинской этике и деонтологии. Образованы и успешно функционируют этические комитеты МЗ РФ и ДГМУ. Вопросы хирургической деонтологии и врачебной этики преподаются на нашей кафедре студентам педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов на лекциях и практических занятиях с приведением поучительных клинических примеров из хирургической практики. Пациент, обращающийся к врачу в частное или государственное лечебное учреждение, вправе рассчитывать не только на определённый уровень квалификации и профессионализм, но и на морально-этические качества врача-специалиста, уважающего права и достоинства больного человека. Требуется получение добровольного информированного письменного согласия каждого больного на проведение диагностических и лечебных процедур, оперативных вмешательств, применение новых лекарств. Пациент имеет право на выбор врача с учётом его согласия, гуманное отношение медицинского персонала, проведение по его просьбе консилиума и консультаций других специалистов, ознакомиться со своей историей болезни, отказаться от предложенной ему операции. Отказ от операции может произойти по многим причинам. Чаще за отказом стоят тяжёлые невротические реакции больного или отсутствие должного контакта между хирургом и больным. Многие больные боятся наркоза и операции. Поэтому важно психологически подготовить больного к наркозу и операции, успокоить его, смягчить страх и опасения больного. Однако при отказе от операции больному или его законному представителю должны быть разъяснены возможные отрицательные последствия, осложнения заболевания вследствие отказа от жизненно показанной операции. Отказ должен быть оформлен записью в истории болезни, подписаны больным или его представителем, а также лечащим врачом и заведующим хирургическим отделением. Когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а хирургическое вмешательство неотложное, вопросы о его проведении в интересах больного решает врачебный консилиум с участием главного врача больницы или его заместителя, заведующего хирургическим отделением.

Врачи обязаны соблюдать врачебную тайну. Сложными являются взаимоотношения врачей с больными с злокачественными но-

воображениями. Рано или поздно больные узнают истинный характер своей болезни, но лечащие врачи не должны сообщать больному истинный диагноз «рак», так как это чревато опасными последствиями (депрессия, самоубийство). Не сказав больному горькой правды, мы сохраним его активность, желание жить. Для сохранения врачебной тайны важно также правильное хранение в местах, недоступных больным, истории болезни, операционные журналы, результаты лабораторных, гистологических, цитологических, эндоскопических, рентгенологических и других исследований.

Внедрение в практику современной медицинской техники, аппаратуры, новых методов диагностики и хирургического лечения, в т.ч. высокотехнологичных оперативных вмешательств, выполняемых видеоторакоскопическим, видеолапароскопическим, эндоскопическим, эндоваскулярным методами, сделали ещё более актуальными вопросы правильных взаимоотношений врача и больного. Врачи в своей деятельности должны руководствоваться правилом «не навреди», относиться к больным так, как бы они сами хотели, чтобы относились лично к ним или к своим родным, близким людям (отцу, матери, брату, сестре и т.д.) в подобной ситуации. Высокий нравственный уровень врача является таким же обязательным, как профессиональное мастерство. Несоблюдение морально–этических и деонтологических принципов в хирургическом отделении может привести к развитию у больных ятрогенных заболеваний: ятропсихогении – отрицательное воздействие на психику больного; ятрофармакогении – негативные последствия лекарственной терапии; ятрофизиогении – заболевания, вызванные физическим воздействием на больного при диагностических и лечебных мероприятиях. Предупреждение ятрогенных заболеваний – задача врача. Ятрогенная патология возникает не только от диагностических процедур и хирургических вмешательств, но и от неосторожно сказанного слова врача, его мимики, неверного жеста, нарушения принципов медицинской деонтологии и врачебной этики. «Слово лечит, слово ранит». Доброе слово врача положительно влияет на сознание больного, физическое состояние, способствует мобилизации защитных сил организма на борьбу с болезнью. В последние годы возникла необходимость дополнить врачебную этику и деонтологию новыми морально–этическими и юридическими нормами и законами, защищающими интересы врача при его работе с больным, в

государственном страховании врача от профессиональной ошибки, от необоснованных, несправедливых претензий и жалоб больных и их родственников, забывающих о том, что современная медицина не всемогуща, она имеет пределы своих возможностей. Каждое поколение врачей по-своему воспринимает и продолжает традиции старших, через призму времени пересматривает их опыт. Но есть незыблемые основы профессионального врачебного долга, не подвластные ни времени, ни научно–техническому прогрессу. Это принципы врачебной этики и деонтологии, основанные на высших проявлениях бескорыстной заботы о больном человеке.

ЗНАЧЕНИЕ ЛЕКЦИИ В УСВОЕНИИ УРОЛОГИИ

Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Гамзатов А.Г., Михайлов С.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Поиски путей совершенствования и оптимизации учебного процесса продолжают оставаться одной из главных задач педагогов кафедры урологии. Если на практических занятиях студенты, непосредственно общаясь с больными, познают клинику мочеполовых болезней, уточняют особенности патогенеза у конкретного больного оформляют учебную историю болезни, т.е. решают вопрос практики, то задача лекции совсем иная. Слушая лекцию, студенты должны расширить знания, даваемые им учебником, получить представление о современных воззрениях на этиологию, патогенез, клинику и лечение урологических заболеваний, а равно и перспективах решения урологических заболеваний, а равно и перспективах решения еще неясных или спорных вопросов. Вот почему организация лекционного курса, отбор тематики лекций, объем информации требует самого пристального внимания.

По учебному плану освоению дисциплины на лекции отводится 30% учебного времени. Естественно, что тематика лекций на различных факультетах должна иметь свои особенности, учитывающие дальнейшую профессиональную деятельность будущего врача.

Лекции, как известно, могут быть тематическими, обзорными, инструктивно-методическими. В тематической лекции лектор изла-

гает материал по определенной программе. В обзорной – преподаются сведения о современном состоянии вопроса и указывается дальнейшее направление решения задачи. Инструктивно-методическая лекция предполагает самостоятельную работу студентов. Лектор вначале излагает тему, а в последние 10-15 мин. сообщает, какие разделы студенты должны изучить самостоятельно, какие трудности могут возникнуть при изучении, какой литературой студенты могут воспользоваться.

Нам представляется, что первая лекция, знакомящая слушателей с дисциплиной, историей ее развития, связями с другими разделами медицины, должна носить обзорно-информационный характер. Большинство лекций, знакомящих студентов с отдельными нозологическими единицами, являются информационно-проблемными.

Лекция имеет инструктивно-методический характер. Педагогическая наука признает, что студенты, прослушавшие лекцию, усваивают лишь 10% данной в ней информации. Тем не менее, повысить процент – задача вполне реальная. Но она требует усилий со стороны как слушателей, так и лектора. Студент для получения прочных знаний должен соблюдать определенные правила. Тема следующей лекции ему должна быть известна. Он готовится к прослушиванию ее, получив предварительную информацию по учебнику, а затем, после лекции прочитывает свои записи. Между тем опыт показывает, что, к сожалению, лишь небольшая часть слушателей готовится к лекции. В связи с этим мы иногда отходим от общепринятого принципа: предпослать лекцию практическому занятию. Практикуем чтение отдельных лекций после проведения практических занятий. В этих случаях студентам гораздо легче уловить новое и сочетать слушание лекций с записями.

Однако ведущая роль принадлежит лектору. Чтение лекций может быть поручено только хорошо подготовленному специалисту. Лекция не может происходить экспромтом. К ней всегда надо лектору готовиться, независимо от его лекторского стажа. При чтении лекции нет мелочей, все должно быть продумано до малейших деталей, начиная с помещения, в котором будет читаться лекция (ничего не должно отвлекать внимание слушателей) до поведения самого лектора.

Подготовка к лекции сводится к составлению ее плана или конспекта, а для начинающих - всего текста лекции. При ее обдумывании необходимо, прежде всего, провести отбор материала для изложения и его аргументации. Тщательно продумать структуру лекции язык, которым она будет изложена. Изложение должно быть устным. К числу средств, усиливающих живое слово, относятся интонации, тембр голоса, мимика, жестикуляция. В то же время не должно быть ложного пафоса, излишних эмоций, обилия метафор, мешающих усвоению, панибратства, заигрывания со студентами, назидательности. С аудиторией нужно говорить на равных, ее следует уважать.

Необходимо учитывать обязательность записи студентами лекции в местах, наиболее важных, возможность повторения ранее сказанного. Важно использовать паузу, которая настораживает аудиторию, привлекает внимание слушателей. Следует применять специально подчеркивающие слова: итак, из этого следует, резюме и т.д. Лектор должен располагать достаточным словарным запасом, свободно владеть речью, литературным языком. Правильно произносить слова, делать ударения. Имеет значение даже место нахождения лектора: он должен быть на кафедре, подходить к доске. К таблице, негатоскопу, когда комментирует материал.

Во многом помогают усвоению материала приводимые лектором примеры из практики, ситуационные задачи, демонстрации таблиц, рентгенограмм, слайдов, видеофильмов. От демонстрации больных на лекции мы отказались, ибо в большой аудитории она не достигает своей цели. Слайды, видеофильмы, по нашему мнению, лучше показывать в конце лекции. Это, с одной стороны, позволяет не отвлекать внимания студентов во время ее чтения, а с другой – является как бы визуальным закреплением прослушанной информации.

Таким образом, методически правильно построенная лекция использованием современных технических средств (демонстрации слайдов, таблиц, рентгенограмм, видеофильмов), владение лектором соответствующими приемами лекторского мастерства, требовательность к себе, уважение к слушателям, умение пробудить их интерес и мысль способствуют, безусловно, оптимизации учебного процесса улучшению познавательной деятельности студентов.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ

Ахмадулинов М.Г., Патахов Г.М., Ахмадулинов А.М.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Важной особенностью предмета оперативная хирургия и топографическая анатомия является обучение студентов анатомическому обоснованию техники оперативных вмешательств, а также пониманию причин ряда клинических синдромов и симптомов. Сложившийся в России самобытный путь обучения студентов хирургическим наукам на основе комплексного изучения клинической или топографической анатомии применительно к зоне хирургического интереса, позволил на одной кафедре осуществить преподавание на секционных препаратах и животных техники хирургических операций и освоение студентами рациональных приемов выполнения основных оперативных вмешательств.

Такой синтез дисциплин помогает анатомическому восприятию симптомов заболевания и делает работу врача теоретически обоснованной.

В системе подготовки врачей топографическую анатомию всегда рассматривают как фундаментальную или базовую дисциплину. Подобно любой науке, она содержит знания как фундаментального, так и прикладного характера и назначения. Клиническая анатомия - это прикладная анатомия, она изучает конкретных людей с присущими им возрастными, типологическими, половыми, генетическими и индивидуальными особенностями в клиниках различного профиля, используя прежде всего знания нормальной (классической) анатомии, а также топографической, возрастной, типовой, вариантной анатомии и других разделов анатомических знаний. Начиная изучать анатомию на первом курсе в медицинском вузе, медицинские работники затем в течение всей профессиональной деятельности углубляют, осмысливают и систематизируют анатомические знания, превращая классические анатомические факты в проверенные практикой постулаты клинической анатомии.

Освоение дисциплины, однако, не сводится только к работе в учебной аудитории и у секционного стола. Значительную часть вре-

мени студенты должны проводить в экспериментальной операционной (в рамках научно-исследовательской работы) под руководством опытных преподавателей кафедры и в хирургических отделениях на клинических базах, закрепляя при этом пройденный материал. Вместе с этим все еще остаются открытыми вопросы, связанные с совершенствованием нормативно-правовой базы для кардинального решения проблем обеспечения препаровочным материалом, приобретения, хранения и применения сильнодействующих препаратов для дачи наркоза животным, содержания лабораторных животных с учетом требований гуманного отношения к животным согласно Женевской конвенции, УК РФ и санитарно-гигиенических норм содержания животных в условиях вивария и карантина. Для полноценного подхода к учебному процессу на современном уровне необходимо оснащение кафедры фантомно-муляжным и симуляционным оборудованием, укомплектованным для макро-, микрохирургических и эндоскопических вмешательств операционным блоком, интерактивными демонстрационными анатомическими столами 3D "Пирогов".

Немаловажно открытие дополнительной штатной единицы для вечернего лаборанта, в обязанности которого входят подготовка учебных комнат, наглядного и трупного материала к практическим занятиям и лекциям, создание условий для самостоятельной подготовки студентов во внеурочное время на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии.

Положительный опыт возврата данной штатной единицы заключается в том, что как правило, на эту должность принимались студенты, имеющие уже среднее медицинское образование либо перешедшие на 4 курс обучения. В прошлые годы традиционно аспирантский и преподавательский состав кафедры в основном формировался из кадров, выросших из лаборантов, получавших значительный практический опыт и знания в области топографической анатомии и оперативной хирургии.

РОЛЬ КАФЕДРЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ДЛЯ БУДУЩЕГО ХИРУРГА

Ахмадудинов М.Г., Патахов Г.М., Ахмадудинов А.М.
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Предмет оперативная хирургия и топографическая анатомия, помимо изучения традиционных разделов учебной дисциплины, знакомит студентов с современными достижениями и направлениями в хирургии (эндоскопия, микрохирургия, лазерная хирургия, роботизированная хирургия, эндоваскулярная хирургия и пр.).

Несмотря на все достижения современной медицины, не утратили свою актуальность слова великого Н.И.Пирогова "Нет медицины без хирургии, так же и нет хирургии без анатомии".

Исторически сложилось, что в России кафедры оперативной хирургии традиционно являются базисом развития и отработки новых хирургических технологий. Перспективными направлениями развития научных исследований в рамках подобных кафедр и курсов представляются следующие:

1. Топографо-анатомическое обоснование технологии забора трансплантатов различного происхождения и осевых лоскутов.

2. Топографо-анатомическое и экспериментальное обоснование различных вариантов гомо- и гетерологичной пересадки органов и тканей с учетом необходимости реваскуляризации и реиннервации трансплантатов.

3. Морфологическое обоснование имплантации современных материалов.

4. Топографо-анатомическое обоснование новых оперативных доступов для миниинвазивных, видеоэндоскопических и других современных хирургических вмешательств.

5. Изучение кровоснабжения и иннервации свободных и несвободных ауто трансплантатов в эксперименте.

6. Компьютерное моделирование оперативных вмешательств с топографо-анатомической точки зрения.

7. Робототехника.

8. Применение операционных манипуляторов в обучении хирургов.

9. Биопластические технологии.

Таким образом, с учетом указанных направлений можно строить как экспериментальную работу, так и процесс преподавания топографической анатомии и оперативной хирургии. В целом, любая кафедра или курс в высшей школе несут двойную нагрузку - учебную и научную, причем именно обучение студентов является первоочередной задачей. В то же время следует разделять массовое обучение предмету, т.е. преподавание основ дисциплины, необходимых врачу любого профиля, и обучение заинтересованных и способных студентов, поскольку это две разные задачи. Базовые знания по предмету и требования по ним должны быть четко структурированы и сведены к разумному минимуму. Существующая ныне учебная программа заметно перегружена теоретическими сведениями, не столь уж необходимыми врачам большинства специальностей в их будущей практике. Этот излишний объем позволяет ее освоить только путем механического заучивания, что не способствует лучшему усвоению материала. Возможно, необходимо оставить в базовой программе лишь наиболее важные и доступные для всех студентов сведения, которые позволяют им ориентироваться в будущей специальности и дадут возможность углубить знания при наличии соответствующих интересов. Подобный подход позволит также сосредоточить усилия сотрудников кафедры на решении актуальных исследовательских задач.

Максимальные усилия кафедры при этом должны быть направлены на привлечение студентов к исследовательской работе, создание элективных и факультативных курсов. Научная и экспериментальная работа абсолютно необходима на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии, что вытекает из самой сути этого предмета как фундаментальной основы хирургии. Исследовательская работа позволяет повысить уровень как преподавателей, так и наиболее заинтересованных и талантливых студентов, способствуя, в конечном счете, повышению качества преподавания предмета.

В то же время, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии, являясь по существу экспериментальной базой ВУЗа, неизбежно должна работать в тесном сотрудничестве с клиническими центрами. Именно они должны определять направление исследований и экспериментальных работ, равно как и, в значительной мере, обеспечивать потребности кафедры. В том числе это относится к обеспечению экспериментальными животными (в виде

содержания вивария либо сотрудничества с соответствующими крупными центрами), а также секционным материалом. Как показывает наш опыт, необходимость отработки какой-либо новой методики практически неизбежно заставляет практических врачей-хирургов обратиться на кафедру топографической анатомии и оперативной хирургии. Значит, клинические центры всегда будут заинтересованы в наличии эффективно функционирующего экспериментального блока, который позволит не только разрабатывать новые лечебные подходы, но и готовить молодых специалистов непосредственно под запросы лечебных учреждений. В результате кафедра становится ядром, вокруг которого собираются студенты, заинтересованные в исследовательской работе и продолжении специализированном обучения, а также рождаются и получают свое экспериментальное обоснование новые перспективные методики лечения.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

**Горелова В.Г., Магомедова З.С., Гамзаева А.У.,
Ибрагимова Э.И.**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Классическое медицинское образование XX века строилось на непосредственной передаче знаний от учителя к ученикам и имело в качестве одного из главных инструментов лекции и обучение «у постели» больного, что не удовлетворяет требованиям сегодняшнего дня.

Модернизация отечественного высшего профессионального образования характеризуется переориентацией его на личностную парадигму и приоритет компетентностного подхода. Особенности являются: ориентация на обучающегося как главную ценность и цель воспитания (аксиологический подход); развитие в личности ее субъектных свойств и индивидуальности (личностный подход); пробуждение творческого потенциала личности (деятельностный подход); стимулирование студентов к самостоятельному решению собственных жизненных задач, в том числе касающихся профессиональной деятельности, социума и т.д. (синергетический подход).

По мнению ряда научных педагогических работников, для совершенствования и активизации учебного процесса в высшей школе большое значение имеет учет особенностей вузовского обучения, которое требует перестройки у студентов стереотипов учебной работы, сложившейся в школе, и вооружение новыми умениями и навыками учебно-познавательной деятельности. Одним из значимых компонентов стратегии перестройки профессионального образования стало широкое внедрение в учебный процесс активных форм обучения, которые охватывают все виды аудиторных и внеаудиторных занятий со студентами.

Активное обучение – это, прежде всего, новые формы, методы и средства обучения, которые побуждают студентов к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения учебным материалом. Предполагается, что использование такой системы методов направлено главным образом не на изложение преподавателем готовых знаний, их запоминание и воспроизведение, а на самостоятельное овладение студентами знаниями и умениями в процессе активной мыслительной и практической деятельности.

Методы активного обучения, как средство развития познавательной активности студентов, можно разделить на три группы методов, наиболее интересных для использования в целях управления формированием мышления. Это методы программированного обучения, проблемного обучения, интерактивного (коммуникативного) обучения. Интерактивные методы обучения дают двойной эффект: обучающий и воспитательный.

В ходе обучения студент должен сформировать и продемонстрировать ряд общекультурных (способность и готовность к логическому и аргументированному анализу публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального содержания, сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантности) и профессиональных компетенций (способность и готовность к формированию системного подхода, анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности).

С целью освоения вышеизложенных компетенций, а также для побуждения студента к мыслительной деятельности, развития его

творческого мышления, умений и навыков самостоятельной работы, что очень важно для практического врача, мы ввели в учебный процесс ряд инновационных технологий обучения.

Презентуем наиболее продуктивные формы организации внеаудиторной самостоятельной работы, реализуемые на кафедре: педагогическая мастерская построения знаний, составление тематического кроссворда, составление синквейнов.

Технология «Педагогическая мастерская построения знаний»

Мастерская – это нестандартная форма организации занятий, инновационная технология обучения, которая помогает создать творческую атмосферу, психологический комфорт, способствует профессиональному и личностному росту преподавателя и обучающихся, развитию их познавательных, творческих и коммуникативных способностей, познавательного интереса, мотивации учебно-познавательной, исследовательской деятельности, позволяет осуществить и эмоционально прочувствовать процесс творчества, поиска знаний.

Технология «Тематический кроссворд»

Вряд ли кто-то вспомнит и задумается о том, кто был первопроходцем в составлении кроссвордов. Уже много лет эта чудная игра живет, растет, развивается и видоизменяется. Применение кроссвордов, их составление, решение способствует развитию мышления учащихся, учит четко, логично и лаконично выражать свои мысли. Составление кроссвордов ориентировано на развитие интеллектуально-творческих, общекультурных и профессиональных компетенций. Решение кроссвордов составляет альтернативу тестовому контролю знаний обучающихся. Наличие вопросов в кроссворде, на которые следует дать ответ, сближает кроссворды с тестами открытой формы, а наличие подсказки (буквы на пересечении слов) – с тестами закрытой формы. Это позволяет проверить индивидуальную подготовку к занятию каждого студента, а затем идет общее обсуждение кроссвордов.

Технология «Критического мышления»

Систему умственных стратегий и коммуникативных качеств, позволяющую человеку эффективно взаимодействовать с информационной реальностью, называют критическим мышлением. Составление синквейнов – методический прием развития критического мышления. Синквейн – это стихотворение, которое требует синтеза

информации и материала в кратких выражениях, что позволяет описывать или рефлексировать по какому-либо поводу. Процедура составления синквейна позволяет гармонично сочетать элементы всех трех основных образовательных систем: информационной, деятельностной, личностно-ориентированной. У студентов сохраняется заинтересованность к предмету на протяжении всего курса изучения дисциплины, стимулируется творческий потенциал.

Таким образом, рассмотренные нами технологии обучения являются инновационной альтернативой традиционной лекционно-практической методике преподавания. Они позволяют гармонично сочетать элементы всех основных образовательных систем и подходов: информационного, личностного, деятельностного; сформировать компетентностный подход к обучению; повысить общекультурный и профессиональный уровень знаний студентов. Синергизм вышеуказанных педагогических подходов в обучении способствует развитию у студентов навыков самостоятельной работы и поиска необходимой информации; делает практические занятия активными и интересными; дает каждому студенту возможность раскрыть свой познавательный и творческий потенциал как для себя лично, так и для окружающих (сокурсников, преподавателя).

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ КАФЕДРЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ДГМУ

**Горелова В.Г., Магомедова З.С., Гамзаева А.У.,
Ибрагимова Э.И.**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Использование активных технологий и методов обучения в подготовке специалистов медицинских вузов – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов.

Современная система высшего медицинского образования призвана готовить молодых специалистов, способных быстро и эффективно реагировать на современные достижения медицинской науки, владеющих широким спектром клинического мышления, готовых внедрять технологии и инновации в практическое здравоохранение. Студент и выпускник высшего учебного заведения должен не только

получать знания по предметам программы, овладевать умениями и навыками использования этих знаний, методами исследовательской работы, но и уметь самостоятельно приобретать новые научные сведения.

Инновационные формы организации познавательной деятельности должны обеспечить активность студентов, коммуникабельность, компетентность, формирование способности принимать самостоятельные решения с формированием собственного мировоззрения и стиля деятельности. При условии применения инновационных форм организации учебы студенты вовлекаются в реальную творческую деятельность, которая привлекает их новизной, развивает потребность обнаруживать проблемы и разрешать противоречия, которые возникают в процессе их самостоятельной работы.

Основу и содержание инновационных образовательных процессов составляет творческая инновационная деятельность, сущность которой заключается в обновлении педагогического процесса, внесении новообразований в традиционную систему, которая предусматривает наивысшую степень педагогического творчества. При этом субъектом-носителем инновационного процесса является, в первую очередь, педагог-новатор.

На кафедре постоянно осуществляется работа по внедрению инновационных технологий, являющихся требованием современности. Для осуществления учебно-методической работы кафедрой подготовлены УМК по всем специальностям. В 2017 году в методические рекомендации для студентов был введен глоссарий терминов и определений, что позволило кафедре в определенной мере реализовать программу обучений, введенного в вузе в 2016 г. Мультимедийные презентации лекций дополнились анимационными демонстрациями, позволяющими акцентировать внимание студента на более сложных вопросах темы лекции. Инновационные технологии, наиболее часто применяемые в учебном процессе на кафедре патофизиологии, - это метод кейс-стади, решение тестовых заданий, ролевые игры, имитирующие тот или иной патологический процесс, работа с обучающими программами, создание видеофильмов по моделированию патологических процессов, просмотр и обсуждение заимствованных из интернета видеороликов по теме занятия и др.

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной

деятельности студентов, применяемых на практических занятиях на кафедре. В ходе диалогового обучения студенты учатся критически мыслить, решать сложные проблемы на основе анализа обстоятельств и соответствующей информации, взвешивать альтернативное мнение, принимать продуманные решения.

Данный метод контроля требовал подготовки вопросов по теме задачи. Одним из обязательных вопросов задачи являлся вопрос, касающийся принципов патогенетической терапии. Для оценки каждого вопроса задачи были распределены баллы, при этом учитывались не только когнитивные компетенции студентов, но и его коммуникативные навыки. Подсчет полученных баллов происходил с участием студентов, что позволяло студентам увидеть и проанализировать свои ошибки.

Выполнение тестовых заданий студентами позволяет выявить их исходные знания, организовать работу в группе во время разбора материала, проверить уровень усвоения. Составление тестовых заданий осуществляется по методикам, предусматривающим один правильный ответ. Такие тесты применяются, преимущественно, при проведении рубежного и итогового контролей. Одна из методик разбора материала на занятиях, используемая преподавателями – это разбор тестов с несколькими правильными ответами, что дает возможность неформальной дискуссии, свободного изложения материала, и вовлечение всех студентов в учебную работу.

Ежегодно кафедра проводит большую работу по увеличению банка тестовых заданий, прежние задания подвергаются тщательному контролю и переработке, которую осуществляют ответственные по факультету – доценты и старшие преподаватели. Актуальной моделью обучения на кафедре является обучение с использованием компьютерных обучающих программ.

Первые программы для обучения и контроля усвоения материала по патофизиологии крови были составлены сотрудниками кафедры с участием студентов, и по настоящее время этот метод проведения занятий остается довольно популярным среди студентов.

В этом году на кафедре организованы два кабинета, оснащенные компьютерами с выходом в интернет, мультимедийным проектором. Это позволяет расширить сектор самостоятельной учебной работы студента, которая эффективно только в активно-деятельностной форме.

Интерактивное обучение исключает доминирование как одного выступающего, так и одного мнения над другим. С этой целью в учебном процессе кафедры стали применяться ролевые игры по темам «Патогенез лихорадки», «Патогенез воспаления». На занятиях активно используются видеоролики, заимствованные из интернета по всем темам общей и частной патофизиологии. Студенты продолжают участвовать в создании и переработке видеофильмов по моделированию патологических процессов.

Использование активных технологий и методов обучения в подготовке специалистов медицинских вузов – одно из важнейших направлений совершенствования подготовки студентов и обязательное условие эффективной реализации компетентностного подхода.

Наиболее целеустремленная молодежь в целом осознает, что хорошая качественная подготовка, специальные знания, готовность повышать квалификацию становятся важными составляющими профессиональной деятельности и жизненного успеха.

АНАТОМИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА ТОНКОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА

Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т.

Кафедра анатомии человека ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г.Махачкала

Актуальность работы. Кишечник у человека и животных занимает особое место среди внутренних органов, как экологический барьер между экзогенными и эндогенными алиментарными веществами, обеспечивающий многообразные контакты пищевых и иммунных веществ, микробных, вирусных, грибковых, паразитарных и других патогенных и сапрофитных агентов с целью сохранения оптимального гомеостаза организма человека и животных (1-6).

Цель исследования: описать анатомию сосудистого русла тонкой кишки человека.

Материал и методы исследования. На 11 трупах различных возрастов изучили особенности васкуляризации структур стенок тонкой кишки. Использовали анатомические, сосудистые, гистологические и морфометрические методы исследования.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты наших собственных исследований позволяют нам считать, что внеорганными артериями, идущими к тонкой кишке человека являются чревный ствол с его ветвями: общая печеночная артерия, которая дает ответвления – желудочно-двенадцатиперстная артерия, от последней в 12-перстной кишке следуют верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия, распадающаяся у внутреннего края кишки на прямые артерии различной длины, отходящие к стенке 12-перстной кишки и головке поджелудочной железы. С этими ветвями анастомозирует нижняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия от верхней брыжеечной артерии. К верхней части 12-перстной кишки ближе к привратнику желудка идут и артериальные веточки от артерии желудка – правой желудочной и правой желудочно-сальниковой артерий, а область двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба дополнительно васкуляризуется ветвями артерий тощей кишки, следующей по ее брыжеечному краю. Указанные артерии и их ветви на передней и задней поверхности 12-перстной кишки анастомозируют, образуя переднюю и заднюю артериальные дуги. От этих артериальных аркад-артерий первого порядка, расположенных у брыжеечного края, на протяжении всей тонкой кишки и к стенке последней идут прямые артерии – сосуды второго порядка, которые на различном расстоянии (1-5 мм) от края кишки делятся на передние и задние ветви, т.е. сосуды третьего порядка. От последних в толщу стенки проникают артерии четвертого порядка, следующие в подслизистую основу, где образуют мелкопетлистую двухслойную густую сеть гемокапилляров. Из последней идут веточки к слизистой оболочке, где формируется сеть величиной петель 25-50 мкм. Эта сеть имеет локальные особенности вокруг протоков кишечных желез, в толще ворсинок, в местах расположения лимфоидных узелков, круговых складок, а также в области большого и малого 12-перстных сосочков. Кровеносная сеть складок слизистой оболочки тонкой кишки более мелкопетлистая, чем вне складок и расположена вдоль длины складок длинным размером петель. В области продольной складки 12-перстной кишки на месте большого и малого дуоденальных сосочков гемокапиллярная сеть обрамляет в виде кольца печеночно-поджелудочную ампулу (расширение). Такие же густые сети вокруг устья дуоденальных желез.

Из гемокапиллярной сети слизистой оболочки к вершине ворсинок идут тоненькие капилляры, разветвляясь переходящие на посткапилляры и венулы. По отношению к эпителию кровеносная сеть находится на расстоянии 5-10 мкм.

Из артериол прекапилляров, идущих в подслизистую основу, отходят веточки в мышечную и серозную оболочку, последняя слабо васкуляризована по сравнению с другими оболочками. Кровеносная сеть в мышечной оболочке сформирована переплетением продольно и поперечно идущих к оси кишки прямоугольными петлями.

Кровеносная сеть тонкой кишки в онтогенезе меняется. Так, у плодов 4-месяцев еще недостаточно развиты артериолы, прекапилляры и кровеносная сеть. Все артерии одинакового калибра, мало чем друг от друга отличаются, по калибру равномерные, мало ветвятся, в серозной оболочке распространяются редкие артериолы, в этом возрасте инъецируется только подслизистое артериальное сплетение. У взрослых (старше 50 лет) гемокапиллярная сеть с возрастом становится извилистой, сеть - крупнопетлистая, в подслизистой основе сеть однослойная. Следует указать на неравномерность васкуляризации по ходу тонкой кишки. Область перехода желудка в 12-перстную кишку и луковица последней беднее по густоте кровеносной сетью в 2-3 раза, чем других частей 12-перстной кишки. Кровеносная сеть в толще узелков имеет радиальное направление и в центре узелков переходит в венулы. Следовательно, основные гемокапиллярные сети имеются в слизистой оболочке – однослойная, в подслизистой основе – двухслойная, в мышечной – трехслойная, в серозной – однослойная. Такие же аналогичные по строению и локализации имеются и венозные сплетения. Венозное русло начинается из посткапиллярных венул ворсинок, которые сливаются в сеть слизистой оболочки глубже, чем кровеносные капилляры. Поскапиллярные венулы слизистой оболочки расположены в рыхлой клетчатке соединительной ткани сверху мышечной пластинки слизистой оболочки. Из венул слизистой оболочки кровь оттекает в подслизистое венозное сплетение, образованное из крупных венул и вен, идущих поперек продольной оси кишки от свободного края к брыжеечному. В это сплетение частично собирается кровь из других сплетений – слизистого, мышечного, серозного.

Постоянно растущий интерес к изучению морфологии кровоснабжения стенки тонкой кишки обусловлен запросами клиники в

связи с широким применением трансплантации кишечной петли для пластики искусственного пищевода, мочеточника, мочевого пузыря, влагалища, создания вспомогательной васкуляризации других органов (В.Я.Камышов. 1972г.)

Вывод. Современные знания об анатомии тонкой кишки необходимы при диагностике и лечении энтеритов, энтеропатий, гастроэндуальной язвы, целиакии, энтероколитов, опухолей, травм, идиопатической стеатореи, нетропической спру и т.д.

Список использованной литературы:

1. Аруин Л.И. Клиническая морфология энтеропатий // Вестник РАМН, 1964, №5, с.32-38.
2. Беюл Е.А., Екисенина Н.И. Хронические энтериты и колиты // М: Медицина , 1975. -239 с.
3. Беляков Н.А. Энтеросорбции // М, 1991-336 с.
4. Гусейнов Т.С. Лимфатическое русло тонкой кишки человека // Махачкала, 1999. -100 с.
5. Гусейнов Т.С. Морфология лимфоидных образований тонкой кишки // Махачкала 2000. -165 с.
6. Колесников Л.Л. Общая анатомия сфинктерных (клапанных) аппаратов пищеварительного тракта. Росс. Морф. ведомости. 1994, № 1-2, с. 16-24.

**ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ
ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

**Зульпукарова Н.М.-Г., Мамаев И.А., Исаева Р.Х.,
Адилова М.А.**

Кафедра клинической эпидемиологии ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Целеполагающей основой при обучении студентов медицинских ВУЗов является подготовка эрудированных специалистов, которые имеют обширные знания и могут с легкостью применять их на практике (1), что и определяет задачу системы здравоохранения на сегодняшний день.

Цель исследования: рассмотреть значение различного вспомогательного материала на основе современных технологий, используемых в практике на кафедре.

Материалы и методы: в работе использованы данные отечественной и зарубежной литературы о значении различных вспомогательных материалов и опыте преподавания.

Результаты и обсуждение. Важная роль при подготовке выпускников в медицинских вузах отводится приобщению их к анализу и проектированию своей деятельности, принятию самостоятельных решений, стремлению к творческой самореализации. За время учебы студенты-медики должны получить базу знаний и практических навыков, которые им будут необходимы на практике в их повседневной работе. Информацию студенты получают с помощью имеющихся на кафедре учебных пособий составленных сотрудниками кафедры, интернет-ресурса, практических занятий, а также принимая активное участие в различных тематических олимпиадах и конференциях, которые и формируют профессиональные навыки врача. Для оценки знаний студентов на кафедре подготовлены тестовые вопросы и ситуационные задачи, которые также способствуют повышению мотивации к совершенствованию этих знаний. В лекционном материале, преподносимом студентам преподавателями кафедры, отражаются основные цели и задачи, стоящие перед специалистами в решении проблем борьбы с инфекционными болезнями.

Известно, что профессиональные навыки будущего врача во многом зависят от качества знаний, которые студенты получают на практических занятиях. Позитивно сказывается на учебном процессе использование учебных фильмов, предназначенных для более качественного усвоения учебного материала и лучшего восприятия информации. Кроме того, в процессе занятия используются и мультимедийные презентации, которые позволяют разнообразить процесс обучения. А деловые игры с разбором ситуационных задач, способствуют более глубокому изучению темы занятия. Играя при этом роль врача–эпидемиолога в проведении эпидемиологического исследования очага, студенты не только закрепляют теоретические знания, но и приобретают практические умения. Одним из способов формирования профессиональных навыков врача является участие студентов в олимпиадах. Этот вид врачебной деятельности способ-

ствуется приобретению как расширенных теоретических знаний, которые выходят далеко за рамки базовой программы, так и практических навыков (2), а выбор и награждение победителей формирует дух соревнований и является хорошим стимулом для новых достижений. Так, например, в 2017-19 гг. студенты педиатрического факультета ДГМУ принимали участие в V-VII Всероссийских олимпиадах по эпидемиологии в г. Москве, заняв II и III места.

На кафедре функционирует научный студенческий кружок, целью которого является совершенствование уровня профессиональной подготовки студентов, на основе их аналитических способностей формировать научное мышление. Поэтому привлечение студенческой молодежи в научные кружки является, на наш взгляд, целесообразным. Тем более, что многие врачи, занимавшиеся в студенческие годы научно-исследовательской работой и в дальнейшем продолжают заниматься написанием научных работ. Еще один способ формирования профессиональных навыков будущего врача – участие в научно-практических конференциях. При этом студенты-медики принимают участие и как слушатели лекций ведущих специалистов, и как докладчики. На I-II-III Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых «Научно-практические аспекты эпидемиологии инфекционных и неинфекционных болезней», проводившихся в г. Москве, наши студенты выступали с докладами и были отмечены ведущими специалистами страны.

Таким образом, переход образовательной системы высшей медицинской школы на качественно новый уровень требует подготовки выпускников высокой квалификации. Поэтому поиск новых педагогических технологий преподавания эпидемиологии и решение поставленных задач перед преподавателями должно быть направлено на углубление познания теоретического материала и улучшения практических навыков.

Литература:

1. Петров С.В., Гориков М.Д., Гуслев А.Б. и др. Первый опыт использования виртуальных тренажеров / Виртуальные технологии в медицине, №1 (1), 2009. с.4-6.

2. Соболева Е.В., Пешиков О.В., Пешикова М.В. и др. Современные подходы в обучении студентов медицинских ВУЗов // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области 2017. Т.1., №1 (16), С.34-36.

ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НА КУРСАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ

Зульпукарова Н.М.-Г., Мамаев И.А., Магомедалиева С.Г.,
Джаватханова М.И.

Кафедра клинической эпидемиологии ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Современная медицинская наука требует постоянного совершенствования подготовки медицинских кадров. Врач любой специальности обязан не только оказывать эффективную медицинскую помощь, но и владеть методами профилактики, осуществлять мероприятия по сохранению здоровья населения (1). Поэтому необходимость внедрения в работу новых инновационных технологий при проведении эпидемиологических исследований, позволяющих выявлять причины риска заболевания населения, являются актуальными во всем мире (2).

Цель исследования: оценить некоторые инновационные методы преподавания в подготовке высококвалифицированных кадров.

Материалы и методы. В работе использован многолетний опыт преподавания эпидемиологии слушателям курсов повышения квалификации ДГМУ. На кафедре внедрены такие методы изучения как эпидемиологического процесса инфекционных заболеваний относительный риск заболеть, связанный с местом жительства больного, вероятность заболеть в различных возрастных группах, дисперсионный анализ (одно-, двух- и многофакторный).

Результаты исследования и их обсуждение. Занятия со слушателями курса «Эпидемиология» начинаются с предварительного контроля их знаний с использованием тестовых заданий, что позволяет в последующем корректировать разбираемые на занятиях темы и находит свое отражение при итоговом тестировании. Для повышения качества медицинского образования при преподавании курса на кафедре разработаны методические рекомендации, как для слушателей, так и для преподавателей. В лекциях, которые предлагаются преподавателями кафедры врачам–эпидемиологам, отражаются основные цели и задачи, стоящие перед специалистами в решении проблем борьбы с инфекционными болезнями. При этом ак-

тивно используются мультимедийные презентации. И если лекционный материал предусматривает изучение основных теоретических аспектов эпидемиологии, то практические и семинарские занятия - выполнение профессиональных задач. При проведении практических занятий стараемся особое внимание уделить основам ретроспективного анализа, а также таким методам изучения эпидемиологического процесса, как относительный риск и вероятность заболеть и диспансерному анализу (одно-, двух- и многофакторный), используемые в работе сотрудниками кафедры и которые позволяют оценить влияние изучаемого фактора на результативный признак (заболеваемость). Для более качественного усвоения учебного материала и лучшего восприятия информации, изложенной в учебно-методических пособиях, в учебном процессе используются видеофильмы по иммунопрофилактике, дезинфекции, противоэпидемическим и профилактическим мероприятиям, проводимым при природно-очаговых, особо опасных инфекциях и т.д. Кроме тестового контроля кафедра применяет и такие формы оценки знаний, как собеседование, решение ситуационных задач и деловые игры, которые также помогают оценить уровень знаний и повысить мотивацию к совершенствованию этих знаний (3). Важную роль в процессе прохождения специалистами курса обучения играет и приобщение врачей-эпидемиологов к научной работе, которая представляет собой результат обобщения и научного анализа материала, используемого ими в процессе их повседневной деятельности при решении актуальных региональных проблем, связанных с инфекционной заболеваемостью. В последующем результаты их исследований заслушиваются на научно – практических конференциях.

Выводы:

1. Проблема внедрения в учебный процесс новых инновационных технологий является актуальной, т.к. способствует осуществлению качественной подготовки специалистов.

2. Для совершенствования учебного процесса необходимо использование различных методов изучения эпидемиологического анализа, а также деловых игр, видеофильмов, ситуационных задач и тестового контроля.

3. Важным направлением интенсификации учебного процесса является привлечение слушателей факультета последипломного об-

разования к научно–исследовательским работам, которые способствуют совершенствованию уровня их профессиональной подготовки на основе развития их аналитических способностей и углублению познания теоретического материала.

Литература:

1. Петров С.В., Горшком М.Д., Гуслев А.Б. и др. Первый опыт использования виртуальных тренажеров/ Виртуальные психологии в медицине, №1 (1), 2009. с. 4-6.

2. Харитонов И.В. Использование учебных фильмов при обучении в Вузе// Проблемы и перспективы развития образования: Международная научная конференция: сб. материалов – Пермь: Меркурий, 2011-т.11-с.197-198.

3. Шапов И.А. Роль деловой игры в обучении студента медицинского ВУЗа // Проблемы управления качеством образования в медицинском ВУЗе. Махачкала, 2009, с.245-249.

ОПТИМИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ПЕРЕПОДГОТОВКИ И САМООЦЕНКИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ НА ЦИКЛАХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Муртазалиев Г.-М.Г., Абдурахманов Г.Г., Абдурахманов А.И.

Кафедры стоматологии ФПК ППС и терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Деловая учебная игра или ситуационно-ролевая игра. Ее можно проводить с целью как обучения, так и контроля качества освоения материала слушателями. Игра проводится с использованием карточек с описанием ситуаций, возникших во время диагностики и лечения больного и возможных действий слушателя в сложившихся обстоятельствах.

В начале игры каждый слушатель получает карточку, где ему выделяется определенная роль. Роли распределялись следующим образом.

Ведущий игры преподаватель, который разъяснял роль каждого участника, руководил ходом игры, вносил поправки, подводил итоги, оценивал знания и умения каждого игрока.

Пациент давал врачу максимально полные, детализированные сведения субъективного исследования по данному диагнозу, изложив их согласно задаваемым врачом вопросам. Ответы могли быть как книжной, так и собственной версией больного.

Врач–клиницист с помощью расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии получал информацию о данном заболевании, акцентируя внимание на нужных врачу моментах течения данного заболевания. По завершению обследования выставлял клинический диагноз и составлял план лечения.

Врач-рентгенолог излагает общую рентгенологическую картину, характерную для данного заболевания, детализируя по мере поступления дополнительных запросов от врача-клинициста.

Врач-лаборант – ему заранее выдавали различные бланки дополнительных лабораторных исследований, из которых он должен выбрать необходимые для данного заболевания и заполнить их характерными для данного диагноза показателями.

Врач-патологоанатом даёт патоморфологические изменения в строениях ткани, характерные данному заболеванию.

Врач-физиотерапевт излагает все физиотерапевтические методы исследования, необходимые для уточнения диагноза и дополнительных процедур для лечения и реабилитации больного.

В игру включали группу экспертов, цель их ролей – дать заключение качества выступления каждого специалиста. Так, эксперт по роли больного давал оценку полноты представленной больным информации, наличия необходимой детализации, жалоб, изложения истории болезни и жизни. Эксперт по роли врача-клинициста давал оценку умения выделять основные и второстепенные симптомы, последовательности их изложения. Давалась оценка на полноту детального обследования и соответствия полученных данных имеющемуся у больного заболеванию. Эксперт рентгенолог оценивал и, при необходимости, дополнял правильность и последовательность изложенной рентгенологической картины данного заболевания. Эксперт по лабораторной диагностике давал заключение о правильности выбранных лабораторных обследований и достоверности показателей и их соответствия данному заболеванию. Эксперт патологоанатом оценивал правильность изложения изменений в тканях на клеточном уровне, характерных для данного заболевания. Эксперт по физиотерапии оценивал правильность выбранных дополнительных методов

обследования, их результатов и необходимость включения их в процессе реабилитации больного. Эксперт по качеству предложенного лечения давал заключение о полноте проведенного лечения, обращая внимание на синергизм и антагонизм назначенных манипуляций и процедур. Для достоверного изложения своего вопроса каждый специалист пользовался мультимедийной техникой, рентгеноскопом, визиографом, электроодонтометрией, элос-1, диатермокоагулятором и другими инструментальными методами.

Игра завершалась выступлением ведущего игры - преподавателя, который давал оценку каждому участнику игры согласно тем кратким записям, которые он делал по ходу игры. При необходимости обострял внимание на наиболее сложных вопросах и отвечал на возникшие вопросы.

Одна из форм активизации мышления и повышения квалификации на наш взгляд, является участие в ситуационной деловой учебной игре.

ЭЛЕКТОРОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА И ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ – ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ОБУЧАЮЩИМИСЯ

**Хамидов М.А., Гаджимурадов М.Н., Гаджимурадова М.М.
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала**

Цель: изучить осведомленность студентов электронной образовательной средой (ЭОС), использование ими предоставленной услуги, влияние иных источников информации на них, а также пути эффективного информирования обучающихся о возможностях ЭОС.

Материалы и методы. Источником информации для этой внутренней системы оценки осведомленности потребителей услуг Университета (студентов) является анкетирование. Проводилось оно с использованием сайта для создания онлайн-опросов Google Формы - <https://www.google.ru/intl/ru/forms/about/>. Результаты, полученные в дальнейшем, автоматически сохранялись в облаке и переводились в показательные презентации с подсчетом результатов. Старостам групп по смартфону была отправлена электронная ссылка на онлайн-опрос, позволяющая анонимно, беспрепятственно и быстро пройти анкетирование. Данную ссылку старосты

передавали в группы студентам. В своем телефоне участники процесса отвечали на вопросы анкеты в онлайн-форме путем выбора одного ответа на поставленные вопросы. Ответы автоматически кумулировались в разделе ОТВЕТЫ, в подразделении СВОДКА, а доступ к ним имеется лишь у создателя опросника. Этот опробованный механизм предполагается использовать при информировании студентов об ЭОС Университета.

Результаты. В процессе анкетирования было опрошено 194 студента ДГМУ (двое из которых прислали незаполненные анкеты, а один ответил не на все вопросы):

70,8% - студенты лечебного, 13% - медико-профилактического, 8,3% - фармацевтического, 6,3% - стоматологического и 1,6% - педиатрического факультетов.

Осведомлённость и востребованность студентами представленного Университетом доступа к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам в сравнительном аспекте была проанализирована у студентов 1-2 и 5-6 курсов. Так, 42,8% обучающиеся младших курсов используют ЭОС, а 56,8% вообще не знают о наличии данных ресурсов. Приблизительно столько же студентов старших курсов обращаются к вышеуказанным ресурсам (40,4%), при этом 59,4% не информированы об их существовании и, следовательно, не эксплуатируют электронные образовательные ресурсы в процессе обучения.

В то же время, результаты анкетирования выявили, что потребители образовательных услуг на 1-2 курсах (71,4%) и 5-6 курсах (72,6%) достаточно часто прибегают к использованию Интернет-ресурсов свободного доступа в процессе обучения, не зная о наличии официального доступа к электронной библиотечной системе (ЭБС).

Мы изучили значение современных интернет-ресурсов в образовательном процессе первокурсников и определить пути эффективного их использования. С этой целью нами проведен опрос обучающихся первого курса лечебного факультета ФГБУ ВО ДГМУ. В анкетировании участвовало 30 человек.

Чтобы установить процент увлеченных интернет-серфингом студентов, им был задан ряд вопросов. По результатам анкетирования можно сделать вывод, что 29 (96,7 %) опрошенных часто пользуется интернетом в процессе обучения, а один человек (3,4%) - вообще его не использует. Причем более половины (58,7%) проводят во

всемирной паутине 3-6 часов, а 13,8% (4 студента) свыше 7 часов в день. Это достаточно большой временной промежуток, который необходимо использовать для внеаудиторной самостоятельной работы. И действительно, выяснилось, что все из 29 респондентов, пользующихся интернетом, используют его в качестве образовательной среды. В то же время 8 человек (27,8%) студентов делают это на постоянной основе и 17 (59%) очень часто.

Целесообразность и эффективность использования интернет-ресурсов первокурсниками мы оценивали по ряду параметров: необходима ли студентам глобальная сеть в качестве источника знаний, встречаются ли они со всплывающими баннерами на страницах, пользуются какими-либо программами для ограничения рекламы. Так, со всплывающими рекламными баннерами на страницах часто, либо всегда сталкиваются 86% опрошенных.

Заключение. В результате проведенной работы установлено, что большинство студентов ДГМУ различных курсов и факультетов не осведомлены о наличии доступа к электронной библиотеке, предоставляемого университетом. На сегодняшний день выявлена необходимость информирования студентов с 1-го по 6-й курсы (с акцентом на актив 1-го курса) об особенностях и методах работы в ЭБС, а также о *программах* и дополнениях браузеров, призванных удалять рекламу с веб-страниц. Для решения этой задачи целесообразно задействовать **управление информационно-вычислительного и технического обеспечения**, кураторов и совет обучающихся; библиотеке ДГМУ необходимо проводить дни открытых дверей. Предполагается распространение информации о ЭБС через старост групп и потоков, которые, в свою очередь, получают ее из деканата. Это позволит всем учащимся максимально эффективно распределять свое время на изучение дисциплин учебного плана, что ускорит процесс их адаптации к новым условиям обучения без продолжительного стресса и хронического переутомления.

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ

Хамидов М.А., Османов А.О., Иманалиев М.Р.,
Абдулжалилов М.К., Магомедов М.М., Магомедов М.А.,
Нажмудинов З.З., Ашурлаев К.М., Закариев З.М.
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Прогресс в хирургии невозможен без качественной подготовки специалистов, основанной на современных образовательных технологиях.

Основными составляющими обучения хирургов являются теория, тренинг и «живая хирургия». Теоретическая часть включает в себя лекции ведущих специалистов, самообразование и использование дистанционных технологий. Практическая часть подразумевает тренинг в лабораторных условиях и «живую хирургию» в операционной.

С современных позиций обучения лабораторный тренинг состоит из DryLab («сухая» лаборатория: коробки и симуляторы) и WetLab («влажная» лаборатория: работа на витальных тканях и животных).

Важными компонентами теоретической подготовки, на наш взгляд, являются:

- применение трехмерных атласов при изучении клинической (эндоскопической, лапароскопической) анатомии;
- гайд-лайны ведущих профессиональных сообществ (сохранение их на гаджетах);
- мультимедийный формат утренних клинических конференций;
- трансляция операций в учебную комнату с записью всех вмешательств;
- портфель клинических ситуаций и видеотека клиники;
- прямые трансляции из ведущих центров;
- операции хирургов экспертного класса на каналах YouTube;
- конференции с мастер-классами и «живой хирургией»;
- интернет (сайты, форумы, социальные сети и др);
- дистанционное обучение (циклы НМО, всемирный образовательный портал по хирургии WebSurg);
- электронная библиотека и сайт кафедры (все необходимые для курсанта учебно-методические материалы).

Симуляционное обучение – это в первую очередь обучение, а не просто подражание реальности. Идеальная симуляция должна быть безопасной, простой и ориентированной на потребности обучающегося. Основным его принцип – это обеспечение взаимодействия в безопасной среде. В симуляционном центре ДГМУ имеется целый ряд самых современных эндохирургических симуляторов. Несомненным преимуществом виртуальных симуляторов является абсолютность объективности в оценке приобретенных и развивающихся навыков.

Классическое выражение «Хирург растет за операционным столом» остается в силе, но в современных условиях он может быть допущен к выполнению самостоятельных операций только после объективной аттестации конкретных практических навыков.

«Живая хирургия», по нашему мнению, должна быть представлена следующими направлениями:

- работа в операционной (передача технологии «из рук в руки»);
- телементорство и телеконсультации (видеосвязь между учебным центром и операционными городов и районов);
- конференции в формате мастер-классов (с подготовкой тематических больных).

На кафедре хирургии ФПК ППС с курсом эндоскопической хирургии ДГМУ разработана и реализуется программа обучения по эндохирургии, включающая 3 основных блока и состоящая из теоретической части, тренажерного цикла и работы в операционной с использованием большей части вышеупомянутых современных образовательных технологий. Разработаны рабочие программы по эндоскопической хирургии в рамках системы непрерывного медицинского образования (НМО) для специалистов хирургического профиля объемом 18 и 36 часов.

В рамках симуляционного курса курсанты овладевают такими базовыми навыками, как навигация лапароскопом, перемещение по штырькам, иссечение круга, клипирование и пересечение, прошивание, экстракорпоральный шов, наложение эндопетли, интракорпоральный узловой шов и интракорпоральный непрерывный шов.

Считаем необходимым включение электрохирургии в перечень базовых навыков по эндохирургии. Большая часть эндохирургических операций проходит с использованием высокочастотной электроэнергии, которая обладает рядом технических особенностей при

ее использовании. Кроме того, возможен целый ряд электрохирургических осложнений. Однако, к сожалению, данный навык не входит ни в один из известных мировых и российских перечней базовых навыков.

На кафедре одним из циклов симуляционного обучения специалистов хирургического профиля является курс «Основы лапароскопической хирургии» (Fundamentals of Laparoscopic Surgery, FLS – наиболее признанная в мире для начального уровня). Поэтапно вводится в действие курс БЭСТА (базовый эндовидеохирургический симуляционный тренинг и аттестация), рекомендованный Российским обществом симуляционного обучения в медицине (РОСОМЕД).

Для дальнейшего повышения качества подготовки хирургов в ДГМУ в ближайшее время планируется открытие современной экспериментальной лаборатории «WetLab».

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Шахбанов Р.К., Рагимов Р.М., Абакаров Т.А.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

На протяжении последних десятилетий информационные технологии (ИТ) выступают в роли безусловного инструмента применительно к любому виду профессиональной деятельности. Отсюда вытекает повышенное внимание к формированию прочного ИТ-компетентного статуса у выпускника вуза (1).

Это особенно актуально в подготовке медицинских кадров, принимая во внимание современную насыщенность здравоохранения современными технологиями и оборудованием. Поэтому, согласно разделу ФГОС «Характеристика профессиональной деятельности специалистов», будущий врач обязан за время обучения приобрести следующие **ИТ-компетенции**:

- владеть компьютерной техникой, уметь получать информацию из различных источников;
- работать с информацией в глобальных компьютерных сетях;
- обладать способностью и готовностью к работе с медико-технической аппаратурой;

- применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач;
- обладать способностью и готовностью к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования.

В целом, обучение студентов в медицинском высшем учебном заведении отличается определенной спецификой по сравнению с получением высшего образования в других вузах. Прежде всего, это касается развития у будущего врача клинического врачебного мышления, умения применять свои знания в экстренных ситуациях, навыков общения с пациентами (2). Одни студенты при этом лучше усваивают прочитанный материал, другие хорошо воспринимают со слуха, третьи хотят посмотреть, как кто-то выполняет требуемую медицинскую манипуляцию, а четвертым необходимо самим проделать эту работу. Использование компьютерных технологий позволяет применять все эти разнообразные способы обучения практически одновременно, реализовывая **теорию индивидуального подхода к образовательному процессу, формирование личностно-ориентированной модели образования (3).**

Современные обучающие методы с представлением информации во множестве различных форм **персонализирует** весь образовательный процесс, что может дать в итоге впечатляющие результаты:

- улучшение усвоения вузовских дисциплин;
- повышение мотивации к обучению;
- совершенствование «сетевой грамотности» студентов и преподавателей (навыки обращения с компьютером и Интернетом);
- организация качественной самостоятельной работы студентов.

Таким образом, развитие информационных ресурсов становится важнейшим звеном не только в инновационной деятельности образовательного учреждения, но и в целом определяет эффективность учебного процесса в вузе.

В настоящее время **основными направлениями** применения информационных систем в учебной деятельности медицинского вуза являются следующие:

- управление учебным процессом и качеством подготовки специалистов;
- компьютерное тестирование знаний;
- использование электронных учебников и учебных программ;

- дистанционное образование;
- применение в учебных целях телемедицинских технологий;
- виртуальные тренажеры и лаборатории.

Стратегической же целью информатизации должно стать не только формирование системы новейших образовательных и медицинских технологий в деятельности вуза, но и создание, продвижение собственных инновационных разработок на рынок образовательных и медицинских услуг.

Для этого в вузе должна быть создана определенная **информационно-образовательная среда**, включающая в себя:

- компьютерные средства обучения;
- современное программное обеспечение;
- актуальная учебно-методическая информация;
- средства управления образовательным процессом;
- научно- исследовательские ресурсы.

Об этом было сказано и в материалах I Международной научно-практической конференции Научно- образовательного медицинского кластера «Северо-Кавказский».

Кроме того, при кооперации информационно-образовательной среды каждого из участников кластера возможно создание **единого образовательного пространства** в области медицинского образования и медицинской науки (4).

Одной из самых перспективных современных образовательных технологий является **дистанционное образование** - «образовательная система XXI века».

Используемые сегодня технологии дистанционного образования можно разделить на три категории:

- неинтерактивные: печатные материалы, аудио-, видеоносители;
- средства компьютерного обучения: электронные учебники, новейшие средства мультимедиа, компьютерное тестирование и контроль знаний;
- видеоконференции: развитые системы телекоммуникации по видеоканалам (2).

Например, Дагестанский гос.мед.университет регулярно участвует во всех видеоконференциях образовательного проекта «Интернист», функционирующего на базе Первого Московского мед.университета им. Сеченова с 2002 года в рамках национального проекта «Образование». Это позволяет самым широким кругам медицинских

работников в личном интерактивном общении с известными специалистами знакомиться с научными достижениями и новыми технологиями ведущих научных школ России и мира (5).

Существует несколько форм занятий дистанционного обучения через компьютерные телекоммуникации:

- веб-занятия: веб-форумы, дистанционные уроки, конференции, семинары, практикумы - чат-занятия (с применением сетевых ресурсов);

- телеконференции.

Очень часто в дистанционной форме обучения используют **электронные учебники**. В этом случае обучающее воздействие осуществляется за счет синтеза видео, звука, печатного текста, компьютерной графики, всех видов вербальной и невербальной информации. Но успешность использования электронных учебников, как и всех компьютерных обучающих технологий тесно связана с компьютерной грамотностью не только студентов, но и преподавателей. Необходима **специальная подготовка вузовского преподавателя**, его готовность и способность выйти их «эпохи мела и доски» в эпоху новейших образовательных ресурсов.

Особенностью современного высшего образования является повышение роли **самостоятельной работы студентов** в процессе обучения. Одной из возможных форм ее проведения может быть решение ситуационных задач на **интернет-форуме**. В данном случае преподаватель может являться модератором группы студентов, контролируя процесс, делая комментарии и замечания по ходу выполнения заданий, задавая дополнительные вопросы. Поэтому важно развивать наряду с общевузовским сайтом **электронный сайт каждой кафедры** с размещением учебных материалов, электронных учебников, общения с преподавателями в процессе контроля и руководства самостоятельной работой студентов с использованием преимуществ Интернет-ресурсов.

При этом преподаватели обязаны не только сами адекватно оценивать используемую в учебном процессе информацию, но и обучить этому студентов, так как эти данные могут быть не всегда объективными в силу ряда причин:

- невысокий уровень требований к публикуемой информации у ряда журналов и медицинских интернет-изданий;

- публикация исследователями не всегда проверенных результатов;
- отсутствие практики отзыва некачественных статей;
- ограниченный доступ студентов и преподавателей к информации на иностранных языках.

Поэтому при использовании информационных технологий в образовательном процессе необходимо обращаться только к проверенным информационным порталам - в помощь студентам и преподавателям библиотекой ДГМУ издан **«Путеводитель по электронным ресурсам»**.

Велико значение современных компьютерных технологий в **освоении студентами практических навыков медицинской деятельности**. Современные тренажеры, оснащенные электронной аппаратурой, позволяют моделировать не только простые манипуляции, но и имитировать различные патологические состояния. Преподаватель при этом должен составить конкретный алгоритм действий с учетом функциональных возможностей тренажера и сформулировать вопросы для определения уровня усвоения приобретенных навыков.

Таким образом, сегодня высшая медицинская школа – это высокотехнологичная система обучения, включающая в себя новые образовательные стандарты, новые учебные программы и технологии, электронные средства обучения и учебное оборудование. Все это должно обеспечить подготовку высококвалифицированных медицинских кадров, соответствующих требованиям времени и общества, постоянно повышающих свою квалификацию в системе современного непрерывного медицинского образования. Вместе с тем, при обучении студентов клинических кафедр новейшим медицинским технологиям, необходимо адекватно оценивать полученные и используемые в учебном процессе данные. Многообразие и доступность информации несет в себе однако, новую опасность - найденные и полученные данные могут быть не всегда объективными, искаженными.

Искажение, недостоверность информации может быть связана со следующими факторами:

- невысокий уровень требований к публикуемой информации со стороны ряда журналов и медицинских интернет-изданий;

- желание исследователей иметь большое количество публикаций и публикация незавершенных, не всегда проверенных результатов;

- отсутствие практики отзыва статей, содержащих ложную или некачественную информацию;

- ограниченный доступ не только студентов, но и преподавателей к медицинской информации на иностранных языках.

Поэтому на сегодняшнем этапе использования информационных технологий в образовательном процессе важными являются не только получение, хранение и передача информации, но и обязательный анализ ее качества.

В этом вопросе большую помощь оказывает обращение к проверенным интернет-ресурсам, медицинским информационным порталам.

Литература:

1. Залилов Р.Ю. Образовательная философия ФГОС третьего поколения. ИТ- компетентность будущего врача // Вестник Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого. 2012. № 67.

2. Павлов В.А., Цыглин А.А., Муталова Э.Г., Файзуллина Р.М. Электронные образовательные ресурсы в формировании профессиональных компетенций будущих врачей. [Электронный ресурс]: [http:// www/movn.ru](http://www.movn.ru).

3. Сирак В.А. Информатизация в системе вузовского образования. [Электронный ресурс]: [http:// www.science-education.ru](http://www.science-education.ru).

4. Канц Н.А. Принципы формирования единого образовательного пространства научно-образовательного медицинского кластера Северо-Кавказского Федерального округа «Северо- Кавказский» // Материалы I Международной научно-практической конференции «Современные траектории образовательного процесса в медицинском вузе». -Ставрополь. -2016. -С.183-186.

5. Маммаев С.Н., Ахмедов Д.Р. Роль дистанционного образования и профессиональных медицинских обществ в непрерывном образовании врачей // Материалы I Международной научно-практической конференции «Современные траектории образовательного процесса в медицинском вузе». -Ставрополь. -2016. -С. 192-195.

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И НАСЫЩЕНИЕ КИСЛОРОДОМ ГЕМОГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В ИНТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДАХ ЖЕЛУДКА

Абасова А.С., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Брежнев В.Ф.

ФБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Дагестанский государственный технический университет, г. Махачкала

Целью исследования является изучение нормальных показателей кровяного давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в интрамуральных сосудах желудка.

Материал и методы исследования. В работе приведены нормальные показатели артериального давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в кардиальном отделе, теле желудка и антральном отделе желудка у 32 больных, у которых не было патологии данного органа.

Методика исследования заключалась в следующем. После общего обезболивания производили лапаротомию. Затем исследовали кровяное давление в интрамуральных сосудах по М.З. Сигалу (1974) и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке кардиального отдела, тела и антрального отдела желудка разработанным нами аппаратом (патент RU 2581266 С2 от 13.03.2016 г.). На наш аппарат получена золотая медаль во Франции на международном инновационном салоне 11 сентября 2017 года.

Полученные показатели подвергались статистической обработке с помощью компьютерных программ обработки данных STSGRAF и STAT4, а также SPSS версия 7.5.

Результаты исследования. Основные показатели лабораторных анализов до и после операции представлены в таблице 1.

Таблица 1. Основные лабораторные анализы 32 больных

Показатель	Перед операцией	Через 3 дня	P
Общий белок, г/л	68,3±2,8	75,9±2,5	<0,005
Альбумин	32,8±1,6	36,3±1,4	<0,05
Мочевина, ммоль/л	7,8±0,4	7,0±0,5	<0,05
Креатинин, ммоль/л	101,5±2	98,4±1,5	<0,05
Калий, ммоль/л	3,6±0,2	4,3±0,1	<0,05
Натрий, ммоль/л	140,3±1	136,2±1,2	<0,05
Гемоглобин, г/л	120,5±1,4	126,8±1,8	<0,005
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,5±0,3	4,0±0,2	<0,05
ЛИИ, расчетные ед.	3,9±0,3	2,8±0,3	<0,001
Моноциты, 10 ⁹ /л	42,2±3	40,5±4	<0,05

Примечание: P<0,05 – достоверные отличия.

Проведённые исследования показали, что в стенке кардиального отдела желудка артериальное давление равно $110,2 \pm 1,8 / 70,5 \pm 1,5$ мм рт.ст., в теле $-95,4 \pm 1,6 / 60,5 \pm 1,5$ мм рт.ст. и в антральном отделе – $90 \pm 1,2$ мм рт.ст. при системном давлении $120,5 \pm 1,5 / 78,2 \pm 1,2$ мм. рт.ст. Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови соответственно составило: $95 \pm 1,5\%$, $93 \pm 1,4\%$ и $90 \pm 1\%$ (табл. 2).

Таблица 2. Кровяное давление и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке желудка у 32 больных

Отдел желудка	Кровяное давление $M \pm m$		Насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови
	Интрамуральное	Общее	
Кардиальный отдел	$110,2 \pm 1,8 / 70,5 \pm 1,5$	$120,5 \pm 1,5 / 78,2 \pm 1,2$	$95 \pm 1,5\%$
Тело Антральный отдел	$95,4 \pm 1,6 / 60,5 \pm 1,5$ $90 \pm 1,2$	$120,5 \pm 1,5 / 78,2 \pm 1,2$ Те же показатели	$93 \pm 1,4\%$ $90 \pm 1\%$

Обсуждение. Наши клинические исследования представили нормальные показатели артериального давления и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в стенке желудка. Оказалось, что эти показатели в норме в кардиальном отделе данного органа статистически значимо выше ($P < 0,005$), чем в теле и антральном отделе. Наблюдается градиент интрамурального давления в дистальном направлении желудка. Приведённые показатели могут быть использованы для цифровой диагностики заболеваний желудка.

Вывод. В стенке желудка наблюдается градиент гемоциркуляции в дистальном направлении.

ЦИФРОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА
Абасова А.С., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Брежнев В.Ф.
 ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, Дагестанский
 государственный технический университет, г. Махачкала

До настоящего времени цифровая диагностика рака желудка практически не изучена. Такая диагностика представляется важным звеном для лечения рака желудка и, несомненно, является актуальной проблемой.

Целью исследования является разработка цифровой диагностики рака желудка.

Материал и методы исследования. В работе представлены показатели артериального давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в проекции ракового очага желудка во время операции у 35 больных.

Методика исследования заключалась в следующем. После лапаротомии по поводу рака желудка (T1-2N0-1M0) исследовали артериальное давление в очаге рака желудка по методике М.З.Сигала (1974) и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови разработанным нами аппаратом (патент RU 2581266). Наш аппарат получил золотую медаль во Франции в 2017 году. Полученные показатели подвергались статистической обработке с помощью компьютерных программ STSGRAF и STAT4, а также SPSS версия 7,5.

Результаты исследования. Проведённые исследования показали, что в проекции ракового очага в стенке желудка артериальное давление статистически значимо снижается ($P < 0.005$). Если в норме артериальное давление было в проекции антрального отдела стенки желудка $90 \pm 1,2$ мм рт.ст. и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови составило $90 \pm 1\%$, то при раковом поражении стенки желудка эти показатели составили соответственно артериальное давление - $46 \pm 1,4/35 \pm 1$ мм рт.ст. и насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови – $45 \pm 1\%$.

Обсуждение полученных результатов. Наши исследования показали, что показатели артериального давления и насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови в проекции ракового очага тела желудка в 2 раза снижаются чем в норме. Этим фактом объясняется то, что в результате дальнейшего снижения артериального давления появляется распад раковой опухоли и как правило желудочное кровотечение.

Приведённые показатели могут быть использованы для цифровой диагностики рака желудка.

Вывод: показатели артериального давления и насыщения кислородом гемоглобина снижаются в стенке желудка в очаге ракового поражения.

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Хамидов М.А.,
Абдулжалилов А.М., Хандулаев Ш.М.

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. За последние годы наблюдается значительный рост пациентов с желчно-каменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Альтернативой открытой холедохолитотомии стала эндоскопическая папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, которая отличается своей высокой эффективностью, миниинвазивностью, сопровождается меньшей частотой послеоперационных осложнений и летальностью, отсутствием угрозы развития раневых гнойно-септических осложнений.

Материал и методы. За последние 3 года в нашей клинике прошли лечение 338 пациентов с желчно-каменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Все пациенты обратились за медицинской помощью позже суток после начала заболевания. По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – 36 (10,6%), с 41 до 60 лет – 85 (25,2%) и старше 60 лет – 217 (64,2%). По степени тяжести механической желтухи пациенты распределились следующим образом: с механической желтухой легкой степени тяжести – 167 (49,4%), механической желтухой средней степени тяжести – 122 (36,1%) и механической желтухой тяжелой степени – 49 (14,5%). Пациентам с механической желтухой легкой и средней степени тяжести сразу же выполняли ретроградную холангиопанкреатографию, папиллосфинктеротомию и литоэкстракцию, а при механической желтухе тяжелой степени – вначале проводили консервативную терапию. При эффективности консервативной терапии, снижении показателей билирубина долечивали пациентов до показателей механической желтухи легкой степени тяжести, после этого выполняли ретроградную холангиопанкреатографию, папиллосфинктеротомию и литоэкстракцию. При отсутствии положительной динамики от консервативной терапии, вначале выполняли чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных протоков, продолжали консервативную терапию. После регрессирования механической желтухи до легкой степени

тяжести выполняли ретроградную холангиопанкреатографию, папиллосфинктеротомию и литоэкстракцию. После выполнения папиллосфинктеротомии, повторных вмешательствах на БДС и литоэкстракции у 4 пациентов мы наблюдали признаки ретроперитонеальной перфорации: боли в животе – у 2 (50,0%) пациентов, симптомы перитонита, интоксикации и паралитической кишечной непроходимости - у 2 (50,0%), пневмоскородума -2 (50,0%), бессимптомное течение – у 1 (25,0%).

Результаты и обсуждение. Пациентов с признаками перитонита оперировали открыто на 2-3 сутки в виду атипичного течения, запоздалой диагностики и медленного нарастания симптоматики. Субоперационная находка: мутный серозный выпот в брюшной полости до 200 мл, раздутые петли тонкой кишки с признаками паралитической непроходимости, забрюшинная эмфизема и пропитыванием экссудатом забрюшинной клетчатки. Одному пациенту рассекли заднюю париетальную брюшину, перфорация не обнаружена, но имел место коагуляционный некроз задней стенки 12п. кишки, санировали и дренировали забрюшинную клетчатку в области предполагаемой разгерметизации 12п. кишки, правого бокового канала и пахового канала. Выписан с выздоровлением. Пациентке 80 лет выполнено рассечение задней париетальной брюшины, диагностирована зона микроперфорации, выполнено ушивание стенки 12п. кишки, дренирование забрюшинного отдела, пилоропликация по Шалимову, отключение 12п. кишки методом простой дивертикулизации, гастроэнтероанастомоз по Гакеру-Петерсону, назодуоденальное дренирование. На 6 сутки после операции развилась несостоятельность швов 12п. кишки с явлениями перитонита. Выполнена релапаротомия, диагностирована спаечная тонщекишечная непроходимость на уровне 50-60 см от Трейца, несостоятельность швов задне-медиальной стенки 12п. кишки на месте перехода нисходящей и горизонтальной частей 12п. кишки. В виду прорезывания швов ушить перфорацию не удалось. В связи с этим, сформирована дуоденостома на протяжении, установлен назоинтестинальный зонд для декомпрессии тонкой кишки в послеоперационном периоде, в проекции зоны ушивания стенки 12п. кишки оставлена локальная лапаростома, перитонит разрешился, сформировался дуоденальный свищ. На 7 сутки после операции пациентка экзитировала. У одного пациента признаки разгерметизации 12п.

кишки разрешились в результате консервативной терапии. У одного пациента развился абсцесс семенного канатика, который вскрыт и дренирован с выздоровлением. Причиной перфорации у всех пациентов послужили повторные манипуляции на БДС. Частота ретродуоденальной перфорации при папиллосфинктеротомии, по нашим данным, составила 1,2%. Летальность общая 25,0%.

Выводы:

1) Ретродуоденальная перфорация является редким, но грозным осложнением папиллосфинктеротомии, которая развивается при повторных манипуляциях на БДС.

2) Частота данного осложнения составила 1,2%.

2) Тактика хирурга зависит от тяжести течения данного осложнения: а) интенсивная терапия с аспирацией дуоденального содержимого; б) лапаротомия, ревизии и ушивание стенки 12п. кишки с простой дивертикулизацией 12п. кишки, назоинтестинальное дренирование, интенсивная терапия.

3) Лечение местных осложнений: вскрытие и дренирование абсцессов забрюшинного пространства, семенного канатика и правой половины мошонки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИАЦИОННОГО ЭНТЕРОКОЛИТА

Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Хамидов М.А.,

Абдулжалилов А.М., Ашурлаев К.М., Закариев З.М.

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Рост числа пациентов с онкологическими заболеваниями генитальной сферы, гамма-терапия рака шейки матки в последние годы привело к росту числа пациентов с радиационным поражением кишечника. Специалисты этой области медицины в последние годы выделяют следующие формы заболевания: катаральную, некротическую, инфильтративную и язвенную. В отдельную категорию входят последствия проктита — сужение прямой кишки, свищи и рубцевание тканей.

Материал и методы. За последние 3 года в нашей клинике прошли хирургическое лечение 5 женщин с хирургическими осложнениями радиационного энтероколита в возрасте 69-76 лет. Из них у

одной пациентки была диагностирована перфорация передней стенки прямой кишки, а у остальных рубцовое сужение тонкой кишки с развитием острой тонкокишечной непроходимости. При госпитализации выполнили общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, пациенток консультировали профильные специалисты. При этом у 2 пациенток был диагностирован сахарный диабет, у остальных гипертоническая болезнь, ИБС, стенокардия напряжения, ожирение. Пациентку с перфорацией прямой кишки при госпитализации беспокоили слабость, боли внизу живота, сухость во рту, не отхождение газов и отсутствие стула в течение 2 суток, других пациенток – схваткообразные боли и вздутие живота, тошнота и рвота, не приносящие облегчения, не отхождение газов и отсутствие стула. На обзорной рентгенограмме живота у всех пациенток определялись чаши Клойбера разной величины. При УЗИ живота наблюдали расширение петель тонкой кишки, ослабление перистальтики, маятникообразное движение содержимого кишечника, утолщение стенки кишки, выпот в брюшной полости. При объективном осмотре отмечали уплотнение и инфильтрацию кожи брюшной стенки, в брюшной полости пальпировали плотный неподвижный инфильтрат.

Результаты и обсуждение. После предоперационной подготовки все пациентки были оперированы открытым способом. При разрезе кожи, подкожной клетчатки отмечали его значительное утолщение (до 4-5 см), уплотнение, отсутствие кровотечения по ходу разреза кожи и подкожной клетчатки в виду поражения сосудов под воздействием облучения и хронического нарушения микроциркуляции. При ревизии органов брюшной полости у одной пациентки (20,0%) диагностирована перфорация передней стенки прямой кишки диаметром до 0,5 см. Перфоративное отверстие ушито, проведен лаваж и дренирование брюшной полости. На 5 сутки после операции появились признаки несостоятельности швов, каловое отделяемое по дренажу из малого таза. Выполнена релапаротомия, сформирована петлевая илеостома справа с целью исключения толстой кишки, в перфоративное отверстие ввели эндотрахеальную трубку №7 с надувной манжетой, раздули манжету и вытянули из кишки для герметизации перфоративного отверстия, затем выполнено ретроградное дренирование прямой кишки. В послеопераци-

онном периоде постепенно очистили толстую кишку, удалили дренажи и пациентку выписали на амбулаторное лечение. У двух пациенток диагностирован локальный рубцово-язвенный стеноз подвздошной кишки с обтурацией просвета каловым камнем. Выполнена резекция пораженного участка тонкой кишки с формированием первичного анастомоза, назоинтестинальная интубация и декомпрессия тонкой кишки. Пациентки выписаны с выздоровлением. У остальных двух пациенток в брюшной полости, в гипогастрии, обнаружен фиксированный плотный рубцово-спаечный конгломерат, состоящий из пораженных петель тонкой кишки, переходящий в малый таз. В просвете в приводящей петле пальпировали каловый камень, обтурирующий кишку и вызывающий кишечную непроходимость. Разъединение петель для резекции пораженной части кишки не представлялось возможным. В связи с этим, была выведена петлевая энтеростома на приводящей петле. Пациентки выписаны с выздоровлением. Летальных исходов не было. Местные раневые осложнения зарегистрированы у всех пациенток: 2 (40,0%) случая серомы, 3 (60,0%) – нагноения раны. Нагноение раны значительно продлевает стационарное лечение в виду выраженного снижения репаративных процессов в операционной ране. При лечении раны у представленных пациентов применили антиоксиданты, современные способы лазеротерапии, VАС-терапии, что позволило улучшить микроциркуляцию, ускорить течение репаративных процессов в ране.

Выводы:

1) Гамма-терапия онко-генитальной патологии приводит к развитию радиационного энтероколита.

2) Радиационный энтероколит сопровождается перфорацией кишки и гнойным перитонитом, стенозом кишки с развитием тонкокишечной непроходимости.

3) Хирургическое лечение осложнений радиационного энтероколита заключается: а) в ушивании перфорации толстой кишки с выведением петлевой энтеростомы; б) первичной резекции кишки с зондовой декомпрессией анастомоза; в) формировании петлевой стомы приводящей кишки при вовлечении кишечника в рубцовый конгломерат.

4) С целью профилактики раневых осложнений целесообразно в раннем послеоперационном периоде применять активные методы

лечения раны, направленные на стимуляцию репаративных процессов, улучшение микроциркуляции с использованием антиоксидантов и лазеротерапии.

5) При лечении раневых гнойно-септических осложнений эффективно применение VAC – терапии, который позволяет сократить сроки стационарного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ У ЖЕНЩИН

**Абдулжалилов М.К., Исаев Х.М.-Р., Закариев З.М.,
Ашурлаев К.М., Исаев М.Х.**

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

За период с 2013 по 2018 годы в трех хирургических отделениях РКБ - ЦСЭМП были госпитализированы и оперированы 1214 пациентов с паховыми грыжами. Среди них мужчин было 1080 (89,0%), женщин – 134 (11,0%). Соотношение мужчин и женщин составило 8:1. Косая паховая грыжа наблюдалась у 128 (95,5%), прямая - 6 (4,5%) пациенток.

Им были выполнены герниопластики по методу Жирара-Спасокуцкого – 43 (32,1%); по Мартынову – 31 (23,1%); по Бассини – 24 (17,9%); по Лихтенштейну – 19 (14,2%) и по предлагаемому способу – 17 (12,7%) пациенткам. Технически операции выполняются проще, чем у мужчин, т.к. нет необходимости сохранять паховый канал после удаления грыжевого мешка. Пациенток с рецидивными паховыми грыжами было 4 (3,0%) и все они были оперированы по методу Жирара-Спасокуцкого. Данный метод является наиболее часто применяемым хирургами, так как, в отличие от метода Бассини, количество накладываемых швов в два раза меньше и сокращается время операции. Выполнять герниопластику у женщин при паховой грыже по методу Жирара-Спасокуцкого не желательно, из-за возможности развития рецидива.

Применяемая нами трехслойная раздельная пластика поперечной фасции, мышц и апоневроза, и располагая их по отдельности, выполняется без технических сложностей и является эффективной. После удаления грыжевого мешка с сохранением круглой связки

матки выполняем пластику поперечной фасции в пределах ее повреждения и закрытием глубокого кольца с использованием П-образных швов. Внутренняя косая и поперечная мышцы у женщин тесно прилегают к паховой связке.

При операциях хирургу приходится сталкиваться с двумя разновидностями натяжения. Первое, когда сшиваемые ткани располагаются друг от друга на расстоянии и требуется натяжение для сближения их краев. Это противоречит принципам хирургии, т.к. при этом происходит повреждение сшиваемых с натяжением тканей. Второе, когда сшиваемые ткани располагаются в непосредственной близости. Здесь все зависит от сшиваемых тканей. Если зашиваем кожу или восстанавливаем апоневроз, то шов на этих тканях может быть наложен с затягиванием узла на лигатуре. Мышечная ткань пахового канала у женщин находится в непосредственной близости от паховой связки, в связи, с чем для сближения их краев нет необходимости в натяжении этих тканей. Важным моментом пластики при паховой грыже у женщин, в том числе и у мужчин, является, чтобы при затягивании узла лигатура не врезалась в толщу мышц. Это предупреждает повреждение мышечной ткани и обеспечивает ей возможность свободного сокращения и расслабления, с чем связана их запирающая функция, с которой связана прочность пластики и безрецидивное течение. Кроме того, сосуды и нервы, при описанной лигатуре на мышцах остаются не поврежденными.

Таким образом, у 17 пациенток, оперированных по данной методике с 2013 года, нет рецидива по настоящее время. Сохранение иннервации значительно снижает болевой синдром в послеоперационном периоде. Сохранение микроциркуляции в мышечной ткани предупреждает микрокровоизлияние и связанное с этим возможность инфицирования раны. Кроме того, это предупреждает гипоксия и атрофия тканей.

МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

Абдурахманов А.И., Аджиева А.К., Бартыханова Д.Г.
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Несмотря на огромные успехи дентальной имплантологии, актуальной проблемой остается снижение числа осложнений и сокращение сроков реабилитации пациентов после операции дентальной имплантации (Абакаров С.И. и др., 2008; Кулаков А.А., Григорьян А.С., 2009; Kawase T., Okuda K. et al. 2005).

Нарушение кровотока в зоне травмы и отсутствие факторов, стимулирующих его восстановление, приводят к нарушению условий репаративной регенерации костной ткани, остеоинтеграции дентальных имплантатов и повышают степень риска воспалительных осложнений (Робустова Т.Г., 2003; Тер-Асатуров Г.П. и др. 2010; Joos U., Buchter A. et al., 2005). Большую роль для профилактики осложнений и сокращения периода реабилитации при операциях дентальной имплантации играет улучшение кровоснабжения и повышение кислородного обеспечения тканей за счет применения физиотерапевтических методов.

Дальнейшее расширение применения магнитных полей в медицине сдерживается отсутствием единой общепринятой теории влияния магнитного поля на человеческий организм, что затрудняет разработку четко определенного перечня показаний для применения магнитного поля, выбор вида магнитного поля при различных патологических состояниях, подбор индивидуальных доз и частот воздействия. В связи с этим, актуальной проблемой деятельности научного сообщества инженеров и врачей еще долгое время будет изучение и выбор оптимальных режимов магнитных воздействий, поиск путей максимальной индивидуализации лечебных программ (Беркутова А.М., Шулева В.И., Кураева Г.А., 2000; Тер-Асатуров Г.П., 2010).

Цель. Целью исследования явилась оптимизация процессов остеоинтеграции после дентальной имплантации путем воздействия переменным магнитным полем (ПеМП) на микроциркуляторное русло, на частоте спонтанных осцилляций локальных сосудов микроциркуляторного русла.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели и задач исследования нами было проведено обследование и лечение 65

пациентов (45 - исследуемая, 20 - контрольная группа) 35 женщин и 30 мужчин, в возрасте от 21 до 67 лет с частичным и полным отсутствием зубов на верхней и нижней челюсти без сопутствующих заболеваний. Исследуемым пациентам были проведены операции по установке винтовых и цилиндрических имплантатов в виде корня зуба в области отсутствующих зубов.

В контрольной группе лечение и реабилитация после проведения дентальной имплантации проводилась общепринятыми традиционными методами. Пациентам исследуемой группы, кроме комплекса лечебно-профилактических мероприятий в раннем послеоперационном периоде реабилитации в области дентальной имплантации проводили воздействие ПеМП на индивидуально подобранных частотах в интервале от 10 до 30 Гц.

Воздействие ПеМП проводилось с помощью разработанного нами программно-аппаратного лечебно-диагностического комплекса, состоящего из цифрового фотоплетизмографа (Патент РФ №75294, 2008), фотоплетизмографического датчика, устройства управления тонусом сосудов микроциркуляторного русла (Патент РФ №75314, 2008) и электромагнитного излучателя «Магнитер» - АМТ-02. Сеанс магнитотерапии осуществляется в течение 15 минут при выбранном значении частоты и при интенсивности магнитной индукции 10-50 мТл.

Сеансы проводятся ежедневно в течение двух недель. До и после каждого сеанса магнитотерапии проводилась регистрация основных показателей кровотока – фотоплетизмографического индекса (ФИ), показателя тонуса сосудов (ПТС), индекса периферического сопротивления (ИПС) и индекса эластичности (ИЭ) сосудов микроциркуляторного русла, до операции, на 7-е, 14-е, 21-е и 28-е сутки после операции.

Результаты исследования. В основной группе пациентов, уже на 7 сутки отмечается некоторая нормализация основных показателей кровотока в сравнении с контрольной группой. Через неделю выявляется достоверное различие результатов амплитудно-временных показателей ФПГ между пациентами основной и контрольной групп. ($P < 0,05$) (табл.1).

На 14 день после начала воздействия ПеМП, показатели кровотока в основной группе существенно разнятся с таковыми в кон-

трольной группе. Положительная динамика качественных и количественных показателей регионарного кровообращения сочетается с улучшением клинического состояния пациентов, исчезновением болей, инфильтратов и отеков в области операции. Восстановительные процессы клинического состояния в области операции у пациентов основной группы протекают с опережением на 2-3 дня по сравнению с контрольной группой. На 21, и тем более на 28 день после операции дентальной имплантации, показатели кровотока микроциркуляторного русла в основной группе сравниваются с таковыми до операции. В контрольной группе разница показателей кровотока в указанные сроки еще существенны. При последующих контрольных осмотрах в основной группе на 28, 45, 60, 90 сутки признаков воспаления не выявлено, фиксация имплантатов стабильна.

В контрольной группе, несмотря на проведенный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, с применением антибиотиков и физиопроцедур, направленных на создание оптимальных условий для репаративной регенерации, восстановление регионарного кровотока у пациентов происходило значительно медленнее, чем в исследуемой группе. Лишь на 28 день исследования показатели кровотока в области операции приближались к таковым до операции. Это свидетельствует о существенной задержке включения функционально-компенсаторных механизмов сосудистой системы в области травмы. У некоторых пациентов этой группы артериальная гиперемия не наблюдалась до окончания исследований кровообращения.

Вывод. Таким образом, воздействие ПеМП на частоте собственных осцилляций локальных сосудов, нормализуя микроциркуляцию крови в области дентальной имплантации, является эффективным методом профилактики воспалительных осложнений, ускоряет процессы остеоинтеграции и сокращает сроки функциональной реабилитации пациентов.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Шихнабиева Э.Д.,
Джанбулатов М.А., Кишев М.М.

Кафедра стоматологии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Одним из наиболее распространенных заболеваний слизистой оболочки полости рта является рецидивирующий афтозный стоматит (РАС), который характеризуется длительным и упорным течением, малой эффективностью применяемой терапии.

Диагностика и лечение рецидивирующего афтозного стоматита является одной из трудных задач современной стоматологии. При терапии РАС используют сочетанное лечение, включающее местное и общее (иммуностимулирующее, десенсибилизирующее и общеукрепляющее).

В последние годы в медицине, в том числе и в стоматологии, широко применяют плазмаферез. Под воздействием плазмафереза нормализуются гемодинамические процессы, активизируются ферментные системы, улучшается трофика тканей, нормализуется тонус вегетативной системы.

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности плазмафереза при лечении РАС.

Материал и методика. Под нашим наблюдением находились 107 пациентов, (71 женщин, 36 мужчин) в возрасте от 16 до 50 лет, страдающих РАС более 3-х лет. Фиброзная форма была у 61, некротическая – у 27, деформирующая и рубцующая – у 19 пациентов. Все пациенты получали общепринятую терапию: лечение зубов и пародонтита с целью устранения очагов хронической инфекции, местное лечение с применением обезболивающих, кератопластических, противовоспалительных препаратов в виде аппликации, а также общеукрепляющие и иммуностимулирующие препараты. Пациенты были направлены для лечения соматической патологии к смежным специалистам (терапевту, гастроэнтерологу, гематологу, неврологу, инфекционисту), а также обследованы на инфекции – герпес, цитомегаловирус, вирус Эпштейн-Бара, а также на наличие глистных инвазий и дисбактериоза. Пациенты были разделены на

две группы: 1-ая группа (сравнения), которым проводилось традиционное лечение – 57 пациентов, 2-ая группа (основная), которым проводилось традиционное лечение+плазмаферез – 50 пациентов. Плазмаферез проводился с промежутками по 10 дней, общее количество 3 процедуры, на базе Республиканской станции переливания крови. Результаты лечения в группах оценивали в течение года (после непосредственного лечения и в динамике через 6 и 12 месяцев).

Результаты исследования. Эффективность проведенных методов лечения в сравниваемых группах представлена в таблице.

Пациенты	Кол-во	Длительность заживления	Период ремиссии	Частота обострения	Отсутствие клинических проявлений
Получившие традиционное лечение	57	2-3 недели	3 мес.	4-5 раз в год	через год 21 чел.
Получившие традиционное лечение+плазмаферез	50	1-2 недели	6 мес.	1-2 раз в год	35 чел

Как видно из данных таблицы, период эпителизации у пациентов первой группы значительно больше, чем у пациентов основной группы. Период ремиссии у пациентов, получивших традиционное лечение – 3 месяца, аналогичный период у пациентов основной группы в два раза длиннее. Частота обострений у пациентов контрольной группы в течение года в 4-5 раза больше, а в основной группе – тенденция к снижению. Отсутствие клинических проявлений через год у пациентов контрольной группы отмечалось у 21, тогда как в основной группе – у 35 пациентов.

Заключение. Таким образом, включение плазмафереза в комплексное лечение рецидивирующего афтозного стоматита способствует ранней эпителизации афт, снижению сроков обострения, удлинению периода ремиссии, а в отдельных случаях – полному выздоровлению.

ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАСЕПТА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА

Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Шихнабиева Э.Д.,
Джанбулатов М.А., Кишев М.М.

Кафедра стоматологии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Эффективность местной противовоспалительной терапии заболеваний пародонта зависит от продолжительности и интенсивности воздействия противомикробного препарата на очаг поражения. Использование медикаментозных веществ в виде аппликации не всегда дает возможность добиться достаточного эффекта. С целью пролонгирования лечебного эффекта могут быть использованы десневые повязки. В последние годы при лечении пародонтита используют лечебную пасту «Парасепт». Парасепт представляет собой безэвгенольную пластичную пасту, на основе порошка цинксульфатного цемента и биосовместимого волокнистого наполнителя. Лечебное действие пасты обусловлено наличием в ее составе метронидазола, активного в отношении грамположительных, грамотрицательных и анаэробных бактерий. Паста антисептическая «Парасепт» эффективно действует на патогенную флору, останавливая воспалительный процесс.

Целью нашего исследования является оценка эффективности лечебной повязки «Парасепт» при местном лечении пародонтита.

Материалы и методика. В течение 3-х лет под нашим наблюдением находились 173 пациентов генерализованным пародонтитом (легкая степень – 21; средняя степень – 58; тяжелая степень – 94).

Пациенты были разделены на две группы (1-ая группа сравнения, которым проводилось комплексное лечение: обучение гигиене полости рта, профессиональная гигиена, местное медикаментозное лечение, кюретаж, открытый кюретаж с применением остеопластических материалов и тромбоцитарной массы, протезирование. Пациентам 2-ой группы (основная) проводилось аналогичное лечение и дополнительно накладывалась десневая повязка «Парасепт». Методика применения «Парасепта» заключалась в следующем: небольшое количество пасты конусовидной формы гладилкой вносили на обработанный участок, заполняя межзубное пространство, применяли курсом 7-10 дней.

Эффективность комплексной терапии пародонтита с использованием лечебной повязки «Парасепт» оценивали с помощью клинических показателей: цвет, рельеф, плотность, степень кровоточивости десны, наличие и глубина пародонтальных карманов, подвижность зубов, наличие экссудата, рецессии десны, по степени обнажения фуркации. Эффективность комплексного лечения оценивалась также по клиническим критериям (улучшение, стабилизация, ухудшение и без изменений).

Результаты исследования. Комплексная терапия с включением Парасепта купировала активность патологического процесса в тканях пародонта. Через 3-4 дня после применения Парасепта отмечалась тенденция к снижению отечности, гиперемии десны и кровоточивости десен, а в группе сравнения эти изменения наблюдались через 6-7 дней. В основной группе гигиенический индекс при легкой степени снизился с 3,5 до 1,1, при средней и тяжелой степени – с 5 до 1,31, тогда как в контрольной группе – соответственно с 3,5 до 1,6 и с 4,9 до 1,7. В обеих группах после проведенных курсов лечения средние величины пародонтального индекса и РМА стали значительно меньше исходных. В основной группе частота выявляемости пародонтальных карманов глубиной 4-5 мм уменьшилась на 30,5%, а в группе сравнения – на 40,6%. По данным индексам СРІ распространенность клинических признаков воспаления тканей пародонта уменьшилась на 75%, а в группе сравнения – на 60,4%. Для оценки отдаленных результатов была использована панорамная рентгенография. Через год в основной группе стабилизация рентгенологической картины отмечалась у 45,4% пациентов, а в контрольной группе – 34,4%. Через 3 года в основной группе: при пародонтите средней степени тяжести улучшение отмечалось у 36% пациентов, стабилизация – у 24%, а при тяжелой степени улучшение – у 21,8%, стабилизация – у 19,3%, что сравнительно лучше таковых показателей пациентов контрольной группы.

Вывод: применение повязки Парасепт при комплексном лечении пародонтита способствует улучшению клинических и рентгенологических показателей и пролонгированию лечебного эффекта.

ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Азизов К.А., Гусенов С.Г, Аталаев М.М.

Кафедра ортопедической стоматологии, кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Проявление аллергических реакций нередко наблюдается в стоматологической практике у больных, пользующихся металлическими протезами. В ортопедической стоматологии диагностика аллергических заболеваний у больных с металлическими протезами разработана недостаточно. Поэтому потребность в диагностике заболеваний, обусловленных протезными материалами (акриловая пластмасса, сплавы металлов) велика, в связи с тем, что составляющие этих материалов (мономер, красители, никель, хром, кобальт и др.) являются гаптенами.

Цель нашей работы состоит в клиническом обследовании больных и постановке кожных проб.

Обследовали 98 человек в возрасте 35–60 лет и 20 практически здоровых людей с интактным зубным рядом (контроль). Вторую группу (40 человек) составили больные с протезами из нержавеющей стали с выраженными аллергическими заболеваниями. Третья группа (58 человек) с аллергическими заболеваниями при наличии в полости рта протезов из разнородных материалов.

При клиническом обследовании больных проводился сбор и анализ аллергического анамнеза, в котором большое значение придавали факторам, способствующим аллергическим осложнениям (отягощённая наследственность, сопутствующие аллергические заболевания, срок ношения металлических протезов и т. д.).

При постановке кожных проб мы применяли скарификационно-пленочный тест (СПТ по Ю.П. Бородину).

На скарификации наносили спиртовые растворы солей NiCl_2 , $\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$, сверху покрывали пленкообразующим составом (плёнокообразователем служил сополимер бутилметакрилат с 5% акриловой кислотой). Для контроля на царапины наносили только пленкообразующий состав, не содержащий солей.

При анализе клинических наблюдений было установлено, что у больных аллергические заболевания характеризовались разлитым

отёком и гиперемией слизистых оболочек альвеолярных отростков, щек, губ, языка, глотки (50 человек), хроническим рецидивирующим отеком Квинке (5 человек), афтозным стоматитом (7 человек).

В аллергологическом анамнезе из 62 больных у 12 (19,3%) отмечалось сопутствующее заболевание бронхиальной астмой, у 18 человек (29%) – заболевания желудочно-кишечного тракта.

Срок пользования металлическими протезами от 10 до 15 лет (49 больных) и 2–3 года (18 больных).

При сопоставлении данных, полученных от СПТ, выявлены чёткие различия обследования больных и лиц контрольной группы. Всего произведено 90 СПТ. Оценку реакции проводили через 24 часа по общепринятой в аллергологии 4-х бальной системе (А. Адо, 1976).

Отрицательные кожные пробы с никелем и хромом были получены у 20 практически здоровых лиц, без металлических протезов в полости рта (контрольная группа). Положительные кожные пробы замедленного типа с никелем (NiCl_2) через 24 часа получены у 24 больных (60%) из 40 больных, пользующихся металлическими протезами из нержавеющей стали и у 50 человек (86,2%) из 8 больных с протезами из разнородных металлов. Положительные реакции были расценены как слабо или умеренно выраженные (++ или +++). Резко положительных реакций не наблюдалось. Сомнительные реакции с хромом ($\text{K}_2\text{Cr}_2\text{O}_7$) отмечались у 7 больных.

Таким образом, в результате проведенных исследований выяснили, что у больных с зубными протезами из разнородных металлов имеется положительный СПТ по сравнению со здоровыми людьми.

Следовательно, при диагностике аллергических заболеваний полости рта у больных с протезами из разнородных металлов следует использовать наряду с общеклиническими методами и специальные аллергологические, среди которых важное место должен занять СПТ.

ГРАНИЦЫ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ЖЁСТКИМ И ЭЛАСТИЧНЫМ БАЗИСАМИ

Азизов К.А., Гусенов С.Г., Кишев М.М.

Кафедра ортопедической стоматологии, кафедра стоматологии
ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

В последние годы для уменьшения вредного воздействия базисов на слизистую оболочку и улучшения фиксации протезов было предложено использовать эластические пластмассы для подкладки под базисы протезов.

О благоприятном действии таких подкладок на ткани протезного ложа говорится во многих работах отечественных и зарубежных исследователей. Недостаточно изучены и освещены в литературе вопросы, касающиеся объяснения причин меньшего раздражающего действия на слизистую оболочку эластических пластмасс и улучшения фиксации протезов.

В этой связи мы провели исследование различных сторон действия и связи базиса протеза со слизистой оболочкой протезного ложа.

Наши исследования касались изучения явлений, происходящих в граничной зоне «базис - слизистая оболочка», и имели цель провести сравнительную оценку действия жёстких и эластических базисов, показателей, определяющих фиксацию протезов при использовании этих материалов, а также определить какая из эластических пластмасс в наибольшей степени отвечает клиническим требованиям.

Исследования проводились на беззубых челюстях, включая определение объективных показателей действия базиса протеза на слизистую оболочку и эффективность пользования протезами.

Изучение физических явлений в граничном слое «слизистая оболочка - слюна» + «воздух – базис» протеза позволило более точно и наглядно понять причины, определяющие величину параметров сил адгезии и функциональной присасываемости.

Было установлено:

1. По всей площади протезного ложа чётко определяются отдельные активные зоны адгезии и функциональной присасываемости, расположенные мозаично. Этих зон много, они изменяют своё положение и размеры при перемещении точки приложения жевательной силы к протезу.

2. Рельеф слизистой оболочки под протезом не постоянен. Слизистая оболочка при микро- и макродвижениях протеза и связанных с этим изменением локализации зон адгезии и функциональной присасываемости претерпевает постоянные разнополюсные деформации.

3. Рельеф эластичной подкладки под базисом протеза под действием тех же факторов, также как и слизистая оболочка подвергается аналогичной деформации. В системе «слизистая оболочка - эластический базис» это создает условие для большей конгруэнтности двух деформируемых сред - слизистой оболочки протезного ложа и базиса протеза.

Данное обстоятельство является благоприятным для более выраженного проявления сил адгезии и функциональной присасываемости, уменьшает раздражающее действие базиса протеза на слизистую оболочку протезного ложа.

4. Для использования в качестве эластичной подкладки могут быть рекомендованы материалы, имеющие близкие к слизистой оболочке показатели упругости.

5. Наилучшие результаты достигаются, если формирование рельефа эластической подкладки производится непосредственно в полости рта, что исключает возможность возникновения технических погрешностей.

Данные исследований, проведенные на протезах с жесткими и эластическими базисами, подтвердили более высокие показатели у протезов с эластической прокладкой.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

Алиев С.А., Магомедов С.М. Омаров О.И., Демирбеков М.А.
ГБУ РД «Научно-клиническое объединение «Дагестанский центр
грудной хирургии», г. Махачкала

Ахалазия пищевода – одно из самых распространенных заболеваний пищевода, которое уступает лишь злокачественным поражениям и постожоговым рубцовым стриктурам. В основе патологии лежит дегенерация подслизистых нервных сплетений, приводящая к стойкому спазму нижнего пищеводного сфинктера [W. Park, M.F.

Vaezi, 2005]. Ахалазией пищевода заболевают люди преимущественно работоспособного возраста (20-50 лет), что определяет высокую социально-экономическую значимость патологии [J.L. Aquino et al., 2009].

Баллонная пневмо- и гидродилатация кардии по мнению ряда авторов [Ю.И. Галлингер, Э.А. Гаджелло, 1999; А.Ф. Черноусов и соавт., 2000; П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов, 2005] является методом выбора в лечении ахалазии пищевода I-III стадии, однако суммарная эффективность неоднократных процедур не превышает 60-80%. При IV стадии процесса происходят необратимые изменения в морфологии стенки ниже-грудного отдела пищевода, в связи с чем ряд авторов [А.Ф. Черноусов и соавт., 2008; S.M. Glatz, J.D. Richardson, 2007; J.L. Aquino et al., 2009] рекомендуют проведение экстирпации пищевода с одномоментной пластикой желудочным стеблем.

Отсутствие стандартов и единых подходов в лечении пациентов с ахалазией пищевода приводит к высокому проценту рецидива заболевания и неудовлетворительным результатам лечения.

Внедрение малоинвазивных технологий в хирургическом лечении пациентов с патологией кардио-эзофагеальной зоны, позволяет пересмотреть тактику ведения пациентов с ахалазией пищевода I-III стадией процесса.

В клиническую практику ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр грудной хирургии» внедрена новая операция: «Модифицированная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с иссечением мышечно-адвентициального слоя с передней 180° фундопликацией», которая позволила значительно снизить травматичность вмешательства, проводить кардиомиотомию прецизионно и улучшить непосредственные и отдаленные функциональные результаты вмешательства.

Технические новшества в виде протяженной мобилизации передне-бокового мышечно-адвентициального слоя пищевода после миотомии с последующим иссечением дополненные модифицированной 180° передней фундопликацией позволили значительно снизить риск рецидива заболевания и получить адекватный антирефлюксный механизм.

За период с 2017-2019гг. прооперировано 30 пациентов с ахалазией кардии в стадии I-IV. Возраст пациентов варьировал от 23 до 74 лет. Соотношение женщин к мужчинам – 3:1.

Распределение стадий процесса: I – 5,9%; II – 29,4%; III – 52,9%; IV – 11,8%.

При IV стадии ахалазии ранее выполнялись органоуносящие радикальные операции в виде тотальной экстирпации пищевода с эзофагогастро-, колоно- пластикой. Внедрение малоинвазивной технологии в лечении этой сложной категории пациентов, зачастую в коморбидном состоянии позволило улучшить как непосредственные, так и отдаленные функциональные результаты вмешательств.

Приводим клиническое наблюдение при ахалазии пищевода IV ст., осложненной S-образной деформацией. Пациентка Н., 62 лет, в течение нескольких лет испытывала затруднение при прохождении плотной и жидкой пищи по пищеводу, чувство комка в загрудинной области после приема пищи, периодическую регургитацию съеденной пищей, потерю в весе. Заболевание прогрессировало, рвота стала беспокоить чаще, пациентка начала значительно терять в весе. Рентгено-эндоскопические исследования подтвердили диагноз ахалазии пищевода IV степени с S-образной деформацией пищевода. Учитывая эти изменения принято решение выполнить модифицированную лапароскопическую эзофагокардиомиотомию. Послеоперационный период протекал гладко. Контрольное рентгенологическое исследование на 6 сутки после операции подтвердило полное прохождение контраста по пищеводу с отсутствием желудочно-пищеводного рефлюкса в положении Тренделенбурга, как результат сформированной адекватной передней фундопликации. Перистальтика пищевода восстановилась с выпрямлением S-образной деформации. Сохранялось умеренное расширение диаметра пищевода, которое в динамике (1 год наблюдения) имела тенденцию к уменьшению.

Послеоперационных осложнений в группе прооперированных пациентов мы не наблюдали, в связи с минимальной инвазивностью вмешательств и небольшой выборкой. В сроки наблюдения до 2-х лет рецидивов заболевания в группе оперированных пациентов не наблюдалось. В 88,2 % случаев функциональные результаты оценены как хорошие, в 11,8% - удовлетворительные.

Таким образом, раннее выполнение адекватной кардиомиотомии на протяжении 10-12 см с переходом на субкардиальный отдел желудка при ахалазии пищевода I-III стадии, позволяет избежать прогрессирования заболевания и проведения радикальных органо-

уносящих операций. При IV стадии процесса, даже с S-образной деформацией пищевода, особенно у возрастных, коморбидных пациентов эффективно выполнение предложенной малоинвазивной операции. Модифицированная лапароскопическая эзофагокардиомиотомия с иссечением мышечно-адвентициального слоя с передней 180° фундопликацией должна стать операцией выбора при ахалазии пищевода I-III стадии, которая позволяет улучшить качество жизни пациентов и ускорить социально-трудовую реабилитацию.

ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ 1051 ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ПРИ РАКЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ. ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА

**Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Эльдарханова А.З.,
Курбанов К.А., Магомедов С.М., Омаров К.Х.,
Закаржаева З.М.**

ГБУ РД «Научно-клиническое объединение
«Дагестанский центр грудной хирургии», г. Махачкала

В основу работы положены результаты хирургического лечения 1051 пациента с раком пищевода и кардии, прооперированных в период с 2000 по 2019 гг.

Изложены стратегические, тактические и технические аспекты с улучшением непосредственных результатов операции. Сведены к минимуму противоречия к показаниям чресплевральных и трансмедиастинальных операций при раке грудного отдела пищевода. Летальность после операции типа Льюиса - 3%. После гастрэктомии, гастроэзофагеальных резекций - 1,35%, экстирпация пищевода - 2,08%.

Основным итогом деятельности явилось расширение показаний к эзофагопластике по М.И. Давыдову, что снижает хирургический риск осложнений, в частности несостоятельности пищеводного анастомоза.

Агрессивной стратегии оперативного лечения при раке пищевода с лимфодиссекцией 2S, 2F, 3F придерживаются онкологи ведущих центров мира. При этом непосредственные результаты операции являются вполне удовлетворительными, в то время как функциональные результаты и 5-летняя выживаемость неутешительны.

В свете вышеизложенного приоритетными остаются задачи с совершенствованием органосохраняющих: вагус, сплено, пилоросохраняющих операции, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака кардии, проксимального отдела желудка.

Самостоятельными задачами явились и изыскания в онкохирургической стратегии рака резецированного желудка и профилактика легочно-сердечных осложнений.

Концепция о системности заболевания с первичной генерализацией опухолевого процесса, допускает использование малотравматичного трансхиатального доступа у истощенных и пожилых пациентов. С этих соображений целесообразность и преимущество эндохирургических вмешательств перед стандартными методиками нуждается в дальнейшем изучении.

Целью исследования является повышение эффективности и качества хирургического лечения при раке пищевода и кардии.

В основу работы положены результаты хирургического лечения больных с раком пищевода и кардии, прооперированных в период с 2000 по 2019 гг.

В работе излагаются стратегические принципы и методы формирования пищеводного анастомоза, после субтотальной резекции пищевода, экстирпации пищевода, резекции кардиоэзофагеального перехода.

Материалы и методы. В клинический материал включены 1051 пациент, 801 из которых оперированы по поводу рака пищевода и кардии, а 250 - доброкачественных стриктур, которые разделены на 3 группы. Возраст больных варьировал от 19 до 94 лет.

Дисфагическим, болевым, ругургитационным признаками проявлялись разные по этиопатогенезу, патофизиологической сущности, морфологическому субстрату разнородные нозологические единицы, включающие в себя от нейромышечных заболеваний пищевода (НМЗП), пищевода Барретта, стриктур опухолевой, химической, пептической, туберкулезной, каллагенозной этиологии. Для определения хирургической тактики, оптимизации лечебно-диагностического комплекса, стержневым представлялся вопрос дифференциальной диагностики; по принципу от простого к сложному, от методов неинвазивных, имеющих скрининговое значение до высо-

коинформативных с включением ЯМРТ, КТ, что позволяют качественно сформулировать диагноз.

В первую группу вошли: 355 больной с радикальными операциями на пищеводе. Они распределены по стадиям следующим образом: I, II стадия - 27%, III стадия - 58%, III-IV стадия - 15%.

Им были выполнены операции типа Льюиса в модификации М.И. Давыдова с послеоперационной летальностью 3,1% и (или) экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову (n=48) с одним летальным исходом.

Во вторую группу 446 больных с гастрэктомией, гастроэзофагальной, резекциями с послеоперационной летальностью.

Они распределились по стадиям следующим образом:

I, II стадия - 11%, III стадия - 62%, III – IV стадия - 27%.

В третью группу вошли больные (n=250) с доброкачественными стриктурами с 1 смертельным исходом (0,5%).

С точки зрения органосберегающих, функциональных операций заслуживает внимание пилоруссохраняющие операции с включением дуоденального транзита, практически вытесняющие стандартную гастрэктомию из статуса «золотого стандарта» при первой и второй стадиях рака проксимального отдела желудка.

Нами выполнены 40 операции с сохранением пилорического жома [8.9], которые позволили повысить функциональные возможности варианта операции с прямым эзофагодуоденальным анастомозом с разрешением постгастррезекционного синдрома (рефлюкс - эзофагита, демпинг - синдрома) с улучшением качества жизни.

Таким образом накопленный опыт 1051 операции эзофагопластикой с результатами на уровне лучших специализированных отделений России.

Эффективным методом профилактики при высоком индексе риска плеврорегочных, сердечно-сосудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции более широким внедрением в клиническую практику экстирпации пищевода по А.Ф. Черноусову из абдомино-заднемедиастинального доступа. У 30 % больных с местнораспространенным раком доминировала агрессивная стратегия с выполнением симультанных суперрадикальных операций (n=65) удалением от 3 до 8 органов, включая класс операций с синхронным и метакронным раком пищевода: первичным множественным синхронным и метакронным раком пищевода, «больные-

отказники» и с рецидивами рака кардии и пищевода. Приводим одно из наших наблюдений при синхронном раке пищевода и левого легкого.

В Республике Дагестан проблемной задачей остается слабый социально-экономический статус. Не реализованы стандарты даже для развивающихся стран, ступени горизонтальной и вертикальной власти в здравоохранении остались декларациями, поэтому показатели ранней диагностики со смещением структуры онкозаболевания в пользу I-II стадии низкие.

Выводы. Расширение показаний к выполнению эзофагопластики по методике по методике И.М. Давыдова, обеспечивают решение задачи со снижением уровня инфекционных осложнений, связанных с несостоятельностью швов анастомоза.

Наиболее частыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде при радикальных операциях на пищеводе и кардии являются плевроролечные, сердечнососудистые осложнения.

Эффективным методом профилактики плевро-легочных, сердечнососудистых осложнений явилось исключение торакотомного этапа операции путем более широкого внедрения стрипинг операций.

Заключение

Диалектический взгляд на данную проблему позволяет осмыслить сегодняшнее положение и определить перспективу развитие хирургии пищевода и кардии в 21 веке.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ СРЕДНЕГОРЬЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

**Алиев Х.А., Алискандиев А.М., Алискандиева З.А.,
Арсланова А.Ю., Абдулмуслимов М.Т.**

Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии,
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала,
ГБУ РД «Шамильская центральная районная больница»

Актуальность. Исследования отечественных и зарубежных авторов показывают, что СВД (синдром вегетативных расстройств) является одним из наиболее распространенных среди подростков состояний.

Для каждого возрастного периода характерны преобладания тех или иных факторов, смена одних причин другими. Одни и те же факторы, вносят различный вклад в развитие заболеваемости в возрастных группах. При этом у девочек этот процесс проходит более тяжело, чем у мальчиков. Клиническая выраженность симптомов вегетативной дистонии может быть различной.

Состояние здоровья, клиника, факторы риска развития СВД у подростков сельской горной местности остается мало изученной и актуальной. Раннее выявление факторов риска и формирования СВД и её связь с психофизическим развитием предопределяет эффективность лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у подростков.

Цель исследования – изучить факторы риска развития, клинические особенности течения СВД у подростков в среднегорье Республики Дагестан (РД).

Материалы и методы. Для выявления синдрома вегетативных дисфункций использовалась анкета – «Вопросник» (Вейна А.М., 1998). Анкета состоит из 11 вопросов, заполняется обследуемым, который подчеркивает соответствующий ответ «Да» или «Нет». При количественной оценке признаков превышение суммы баллов свыше 15 свидетельствовало о наличии синдрома вегетативных дисфункций.

Для изучения состояния здоровья использовали скрининг – анкету, разработанную на кафедре педиатрии ФПО и ППС (проф. Гитиновым Н.А.).

Клинический осмотр проводили с применением общепринятых методов обследования и с учетом жалоб 296 подросткам с проявлениями СВД.

Результаты. Установлены наиболее значимые факторы риска, в среднегорной климатической зоне Дагестана: патология перинатального периода (67,8%), сочетание нескольких факторов риска перинатальной патологии отмечалось практически у половины обследованных нами подростков - 49,1%, перенесенные закрытые черепно-мозговые травмы (27,9%), оперативные вмешательства по различным поводам, проведенные под общим обезболиванием (15,7%). К значимым факторам развития СВД у подростков необходимо отнести низкую физическую активность, по нашим данным 20,5% подростков с СВД не посещают или посещают специальные группы занятий физкультурой.

В целом, наиболее распространенными клиническими синдромами определены: абдоминалгии (68,6%), цефалгический синдром (57,4%), вестибулопатия 47,0%, кардиалгии (34,1%), дыхательный невроз выявлялся только у 1,0% подростков. Среди девочек чаще выявлялись абдоминальные боли 59,9% и преимущественно в возрасте от 7-10 лет (74,5%). На втором месте по встречаемости среди подростков среднегорной зоны цефалгии (61,1% среди девочек, 48,9% среди мальчиков) с преобладанием среди девочек в возрасте 15-17 лет (59,2%). На третьем месте были вестубулопатии 41,2% подростков, чаще среди девочек 52,3% и в возрасте 7-10 лет в 63,8%. Далее наиболее часто выявляемыми были фибромиалгии и наблюдались у 41,2% подростков с СВД, чаще у девочек 61,6%, против 48,9% у мальчиков, с преимуществом в возрасте 15-17 лет (59,2%). Кардиалгии чаще наблюдались среди мальчиков 35,5%, против 31,1% среди девочек, и в возрастной группе 15-17 лет. Одышка при физической нагрузке 34,1%, утомляемость 23,0%, ухудшение памяти 13,5%, метеопатии 8,4%. Болевые симптомы чаще встречаются в различных сочетаниях, чем в изолированном виде. У 126 (42,6%) подростков болевой симптом был одной локализации (моноалгии), у остальных наблюдалось сочетание нескольких алгических симптомов (полиалгии), так сочетание двух алгических симптомов отмечалось у 89 (30,0%) подростков, у 71 (24,0%) - сочетание трех симптомов и у 14 (4,7%) – сочетание всех четырех алгических симптомов. Во всех группах превалируют девочки.

Таким образом, наиболее значимыми факторами риска являлись: патология перинатального периода (67,8%). Сочетание нескольких факторов риска - 49,1%, у подростков, перенесенные закрытые черепно-мозговые травмы (27,9%), оперативные вмешательства по различным поводам, проведенные под общим обезболиванием (15,7%), низкую физическую активность. Наиболее распространенными клиническими проявлениями у подростков РД СВД: абдоминалгии (68,6%), цефалгический синдром (57,4%), вестибулопатия 47,0%, кардиалгии (34,1%), подростков и чаще среди девочек.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НУТРИЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Алиева-Хархарова К.М., Далгатова Б.М.

Кафедра геронтологии и гериатрии ФПК ППС
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Общеизвестно, что в сравнении с молодыми пациентами, люди старше 60 лет имеют более высокий риск развития неблагоприятных послеоперационных исходов в результате связанного с возрастом снижения физиологических функций, полиморбидности и полипрагмазии, когнитивных дефицитов и специфических гериатрических синдромов, в частности, старческой астении. Послеоперационный период нередко осложняется когнитивными нарушениями, в том числе послеоперационным делирием, их профилактика и адекватная терапия являются важными задачами. Немаловажную прогностическую роль при этом играет нутритивный статус пациента, представляющий комплекс клинических, антропометрических и лабораторных показателей, характеризующих количественное соотношение мышечной и жировой массы тела пациента. Он отражает состояние пластических и энергетических ресурсов организма и тесно связан с процессами системного воспаления, оксидативного стресса, гормонального дисбаланса.

В процессе старения в организме наблюдается снижение мышечной массы (саркопения) и общего содержания воды, увеличение жировой массы. Недостаточность питания увеличивает риск послеоперационных осложнений – медленного заживления, различных инфекционных осложнений.

Диагностика нутриционной недостаточности является необходимой частью предоперационной оценки у гериатрических пациентов. Она включает следующие показатели: 1. Определение уровня альбумина крови. 2. Взвешивание пациентов с расчетом индекса массы тела (ИМТ) и оценкой потери веса за последние 6 мес. Необходимо документировать рост, вес, ИМТ, уровень альбумина, непреднамеренную потерю веса в последние 12 мес. ИМТ менее 18,5 кг/м², уровень сывороточного альбумина менее 30 г/л, не имеющий видимой причины (без почечной или печеночной дисфункции), или потеря веса более чем на 10 - 15% в течение прошлых 6 месяцев –

являются факторами недостаточности питания (Braga M., 2009). В этом случае следует корректировать план предоперационной подготовки и привлекать к нему специалиста по нутриционной поддержке. При необходимости плановая операция может быть отложена до улучшения нутриционного статуса.

Послеоперационная нутриционная поддержка. Рекомендуется проводить нутриционную поддержку, предпочтительно раннее энтеральное питание и профилактика аспирации. Для улучшения процесса заживления ран и послеоперационного восстановления питание должно быть возобновлено в максимально ранние сроки после операции. Энтеральное питание улучшает результаты хирургического лечения пациентов по сравнению с парентеральным питанием. Раннее начало энтерального питания оптимизируется посредством адекватной инфузионной терапии, использования методик регионарной анестезии и снижения объема послеоперационной опиоидной анальгезии. Также предотвращается возникновение послеоперационных тошноты и рвоты. Необходимо проводить ежедневную оценку волемического статуса, по крайней мере в первые 5 сут послеоперационного периода, с помощью оценки водного баланса или взвешивания.

Следует ежедневно проводить оценку способности принимать адекватное питание, а также оценку риска аспирации. К основным признакам дисфагии относятся: кашель или удушье при глотании; затруднение в начале глотания; ощущение прилипания пищи в горле; избыточное слюноотделение; изменение голоса или речи; назальная регургитация; ротовое или глоточное срыгивание; анамнез аспирационной пневмонии. Пациенты со съемными зубными протезами должны иметь возможность их использования. В послеоперационном периоде рекомендуется находиться в положении с приподнятым головным концом кровати и сидеть в максимально вертикальном положении во время еды и в течение 1 ч после приема пищи.

Заключение. Пациенты пожилого и старческого возраста находятся в группе риска развития осложнений. Предоперационное обследование обязательно должно включать нейропсихиатрическую оценку, оценку нутритивного статуса, определение сердечно-сосудистого и респираторного риска. В интраоперационный период следует помнить об особенностях фармакокинетики и фармакодинамики препаратов для анестезии, принципах проведения инфузионно-

трансфузионной терапии. Рекомендуется проводить всем пациентам старше 65 лет скрининговое обследование на недостаточность питания (мальнутрицию) с целью раннего выявления существующего риска. По результатам скрининга могут быть проведены коррекционные мероприятия, включающие обучение, консультации по питанию с изменением рациона и пр. Применение современных принципов ведения гериатрических пациентов в периоперационный период позволяет значительно снизить риск развития осложнений и улучшить качество их лечения.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Алиева-Хархарова К.М., Магомедова А.А., Гаджиева П.Г.

Кафедра геронтологии и гериатрии ФПК ППС
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Когнитивные функции (КФ) включают наиболее сложные механизмы работы головного мозга, через которые осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним. К ним относят восприятие информации, ее обработку, анализ, запоминание, хранение и обмен, а также построение и осуществление программы действий. Когнитивные нарушения (КН) являются одними из наиболее распространённых неврологических расстройств. Данная проблема актуальна в гериатрии, нарушения сказываются отрицательно на качестве жизни самого пациента и его ближайших родственников. Наличие КН вызывает также дополнительные трудности диагностики и лечения сопутствующих заболеваний, так как врачи испытывают сложности при сборе анамнеза, оценке жалоб больного, не могут быть уверены в надлежащем исполнении врачебных рекомендаций. Поэтому при обследовании больных в гериатрии значительное внимание необходимо уделять оценке когнитивного статуса.

Цель исследования: получить данные о частоте распространенности больных с КН среди людей старше 60 лет, различающихся по гендерному и возрастному составу в Республике Дагестан.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось посредством оценки результатов, полученных в ходе проведения

комплексной гериатрической оценки с занесением данных в карты пациентов «Комплексная гериатрическая оценка» с января 2017 г. по ноябрь 2018 г. В исследование были включены 101 больных, находившихся на лечении в Госпитале ветеранов ВОВ Республиканского Медицинского Центра г. Махачкалы в возрасте от 60 до 99 лет (средний возраст $75,4 \pm 8,96$). Карта «Комплексная гериатрическая оценка» включает оценку следующих показателей, т.н. доменов : паспортные данные и социальный статус; скрининг «Возраст не помеха»; наличие хронических заболеваний; лекарственная терапия; факторы риска хронических неинфекционных заболеваний; данные объективного обследования; результаты лабораторных исследований; оценка когнитивных функций (краткая шкала оценки психического статуса – MMSE; тест рисования часов; гериатрическая шкала депрессии); функциональность - активность в повседневной жизни (индекс Бартел); повседневная инструментальная активность – IADL, способность выполнения основных функций; визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ); динамометрия; скорость ходьбы Тест «встань и иди»; способность поддержания равновесия; риск переломов (FRAX); краткая шкала оценки питания – MNA. В основу диагностики КН были взяты скрининговые гериатрические и нейропсихологические шкалы, такие как краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) - для оценки когнитивного функционирования как наиболее распространенный инструмент повседневной практики для оценки пациентов с когнитивными нарушениями, тест рисования часов (CDT) – определявший трудности в распознавании расположения стрелок в соответствии с заданным временем или в правильном расположении цифр на циферблате, с помощью которого изучалась сохранность оптико-пространственных функций больных. Известно, что самооценка когнитивных способностей находится в тесной связи с эмоциональным состоянием больного. Поэтому, при диагностике КН у больных в гериатрии, учитывались данные «Гериатрической шкалы депрессии». Для большинства больных с когнитивными нарушениями типична астения, поэтому учитывался показатель скрининга «Возраст не помеха», который диагностирует астению при наличии трех и более указанных в скрининге симптомов. Полученные данные подвергались математической и статистической обработке на компьютере с использованием электронных таблиц Excel фирмы Microsoft.

Результаты исследования. Результаты исследований были сгруппированы по степеням тяжести выявленных КН в соответствии с полом, возрастной группой и с зоной территории проживания. При оценке результатов установлено, что когнитивные расстройства наблюдаются среди 40,6% обследованных (41 больных). Чаще всего они встречаются среди лиц мужского пола - у 50% (20 больных) мужчин, а среди обследуемых женщин их частота составила 34,4% (21 больных). Чаще наблюдались КН легкой степени, как среди мужчин, так и среди женщин. При распределении результатов по возрастным группам выявлено, что чаще всего КН встречаются у лиц старческого возраста 55% (27 больных), на втором месте по частоте возрастная группа долгожителей 33,4% (2 больных), реже у пожилых 26% (12 больных). Чаще встречается легкие КН, как в группе старческого возраста, так и среди пожилых. Также установлено, что в группе старческого возраста в небольшой степени выражены умеренные КН - 12,2% (6 больных).

Выводы. Результаты проведенного исследования показали гендерные различия в развитии КН. Чаще всего они встречались среди мужчин в отличие от женщин. У последних лучше развита мнестическая и интеллектуальная функции, у мужчин - зрительно-пространственные и операции с цифрами. Рост распространенности когнитивных нарушений с возрастом более чем в два раза указывает на их связь с изменениями в мозге, закономерно развивающимися по мере его старения. Возрастные изменения могут снижать «церебральный резерв», что способствует более частому развитию когнитивных нарушений в пожилом возрасте. Следует иметь в виду и вероятность развития т.н. «когнитивной астении» по аналогии с термином «старческая астения». Особо отметим, что более 2/3 обследованных долгожителей не имели признаков КН, а среди лиц старческого возраста они встречались чаще, что указывает на благоприятный профиль старения долгожителей и, вероятно, их более низкий биологический возраст. Полученные данные указывают на целесообразность проведения дальнейших исследований и уточнения роли эколого-географических, профессиональных и иных факторов в развитии и распространенности когнитивных нарушений.

ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)

Арбулиев К.М., Гаджиев Д.П., Гусниев Н.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
Республиканский урологический центр МЗ РД, г. Махачкала

Развитию урогинекологии в Дагестане способствовало создание Республиканского урологического центра. Начали выполняться многие урогинекологические операции по поводу мочеполовых свищей, недержания мочи, иссечения парауретральных кист, уретероцистоанастомоз, операция Боари. С приобретением современной эндоскопической техники стали шире применять эндовезикальные операции и стентирование мочеточников. В 1993 г., впервые в республике кафедра урологии Дагмедакадемии приобрела и внедрила в клиническую практику урофлоуметрию. За последние 25 лет мы наблюдали 768 женщин с пиелонефритом беременных, 65 с мочеполовыми свищами, 121 с недержанием мочи и 85 с парауретральными кистами.

По данным эпидемиологических исследований, гестационный пиелонефрит осложняет течение беременности у 8-12% женщин. За период с 1993 г. по 2018 годы наблюдали 768 женщин с гестационным пиелонефритом в возрасте от 17 до 48 лет. При обращении пациентки предъявляли жалобы на лихорадку с ознобом, боль в поясничной области, присутствовали признаки интоксикации. В лабораторных анализах лейкоцитоз, лейкоцитурия и бактериурия. Микробиологическое исследование позволило установить, что этиологическим фактором гестационного пиелонефрита наиболее часто служили: *E.coli* 65%, реже *protens vulgaris* 13%, *klebsiella spp.* 7%, *Staphylococcus* - 11%. В 4% наблюдений зарегистрирована ассоциация *E.coli* и *staphylococcus aureus*.

При УЗИ у 704 (90%) женщин выявлена дилатация чашечно-лоханочной системы. В последнее время для диагностики гнойных форм пиелонефрита применяем ультразвуковую доплерографию почек и реже магнитно-резонансную томографию. Первым этапом лечение было восстановление оттока мочи из пораженной почки. Если раньше мы применяли для этого мочеточниковые катетеры, то в последние 10 лет активно проводим стентирование мочеточников.

В 6 наблюдениях выполнена открытая нефростомия, вскрытие абсцесса и декапсуляция почки. Одной пациентке проведена пункционная нефростомия под ультразвуковым наведением. Своевременное дренирование верхних мочевых путей и адекватная антибактериальная терапия позволили у 97% (752 больных) женщин купировать атаку острого пиелонефрита, не прибегая к открытым оперативным вмешательствам.

Ведущей проблемой современной урологинекологии являются мочеполовые свищи. За последние 25 лет мы наблюдали 65 женщин с мочеполовыми свищами: 49 пузырно-влагалищные, 14 мочеточниково-влагалищные и 2 с уретровлагалищными свищами. Основным симптомом мочеполовых фистул, независимо от их вида, является непроизвольное выделение мочи из влагалища.

Распознавание свищей в большинстве случаев не вызывает больших трудностей. Влагалищное исследование, введение металлических зондов, цистоскопия в большинстве случаев позволяют диагностировать фистулу. Для выявления мочеточниково-влагалищных свищей применяют хромоцистоскопию, УЗИ, в/в урографию, катеризацию мочеточников. Пластику пузырно-влагалищных свищей выполняли чреспузырным доступом, хотя у одной больной провели чредробрюшным методом. Среди 49 оперированных женщин у 43 (82%) удалось закрыть пузырно-влагалищный свищ.

Более сложное лечение мочеточниково-влагалищных свищей: 12 женщинам выполнен уретероцистоанастомоз, двум операция Боари, а еще двум пришлось провести нефрэктомия. Наблюдали 2-х больных с уретровлагалищными свищами. Одной фистулу удалось закрыть, а у другой образовался рецидив. Ее отправили на дальнейшее лечение в г. Москву.

Недержание мочи - это непроизвольное выделение мочи, не поддающееся волевому усилию. Из-за постоянного ношения прокладок, неприятного запаха нарушается социальная адаптация пациенток и значительно ухудшается качество жизни. В мире более 20 млн. женщин страдают этим заболеванием. В России недержание мочи является причиной страдания 40% женщин в возрасте от 35 до 60 лет. Это больше чем сахарный диабет, бронхиальная астма, эпилепсия, болезнь Паркинсона. Обращаются же за квалифицированной медицинской помощью лишь 4%. Столь малую частоту обращений к врачу можно объяснить деликатностью данного вопроса и

нежеланием обсуждать его в семье и даже в кабинете врача. Только этим можно объяснить такое малое количество больных с недержанием мочи, которые находились в республиканском урологическом центре за последние 25 лет. 121 женщине выполнено 105 операций: 88 - операция Маршала-Марчетти-Крантца, 17 - Гебиль-Щтеккеля. 16 пациенткам проведена медикаментозная терапия с вагинальной и уретральной электростимуляцией и лазеротерапией на аппарате "Андрогин". Надо отметить, что наиболее современными и эффективными во всем мире считаются петлевые операции по типу ТУТ (свободная синтетическая петля) - эффективность которых достигает 90-96%.

Парауретральные кисты являются распространенным заболеванием и встречаются от 1 до 6% случаев. За период 1993 по 2018 гг. в нашей клинике находилось 85 женщин. Возраст их составляет от 21 до 58 лет. Средняя продолжительность заболевания от 6 месяцев до 5 лет.

Основные жалобы: наличие пальпируемого парауретрального образования, дизурия, рецидивирующая инфекция нижних мочевых путей, выделения из уретры. Проводилось комплексное обследование (осмотр в гинекологическом кресле, УЗИ, уретроцистоскопия, микционная цистография, ретроградная уретрография). Операция проводилась под наркозом в гинекологическом положении. В мочевой пузырь устанавливали катетер Фолея №16 по Шарьеру. После предварительной гидропрепаровки передняя стенка влагалища вместе подлежащей лобково-шеечной фасцией рассекалась продольном направлении над кистой, а затем тупым и острым путем производится выделение образования вплоть до уретры. Ложе удаленной кисты ушивается кетгутовыми швами. Стенки влагалища ушиваются узловыми швами по Донати. Осложнения были у двух больных: у одной - недержание мочи, у другой развился уретровлагалищный свищ.

Подводя итоги, можно сказать, что урогинекология в Дагестане является широко востребованной специальностью. Этому способствуют большое количество родов, увеличение числа акушерских и гинекологических операций.

Для улучшения результатов лечения женщин с недержанием мочи при напряжении считаем необходимым приобрести для республики современную уродинамическую аппаратуру и наборы для TVT операций.

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Арбулиев К.М., Арбулиев М.Г., Магомедов Ю.Д., Гаджиев Г.Д.
Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Для эффективной профилактики воспаления и рубцового сужения ложа после ТУР аденомы простаты, и уриногенного и реинфекционного распространения инфекции нами будет использован метод, позволяющий вводить медикаменты непосредственно в очаг воспаления. С этой целью мы интраоперационно производим интубацию семявыносящего протока и в последующем вводим в ложе аденомы антибиотик и 5-фторурацил (флюороурацил) противоопухолевый препарат из группы антиметаболитов, ингибитор деления фибробластов.

Материалы и методы. Исследования основаны на результатах хирургического лечения 50 больных с ДГПЖ, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Урологическом Центре г. Махачкала с 2015 по 2017 гг. Всем больным была произведена ТУР аденомы простаты. И в зависимости от способа проведения послеоперационного лечения, больные были разделены на две группы: основную и контрольную. Возраст больных, включенных в группы исследования, составил от 50-75 лет. В основной группе было 30 пациентов. Им наряду с традиционным лечением после операции в ложе аденомы через канюлированный семявыносящий проток вводился раствор фторурацила 2 мл 500 мг - 7 дней на 0,9% р-ре NaCl 1 раз в день, и антибиотик 2 раза в день. В контрольную группу вошли 20 больных, которые получали только традиционное лечение. Контрольная группа пациентов была сопоставима с основной группой по возрасту, сопутствующей патологии, длительности и стадии заболевания. До операции проводилось стандартное обследование: общеклинические анализы, пальпация простаты, микционная цистиграфия, УЗИ-простаты с определением количества остаточной мочи, анализ крови на простат-специфический антиген (ПСА), урофлоуметрия и др.

Результаты и обсуждение. Динамику воспалительного процесса оценивали в 1, 3 и 7 сутки после операции по следующим кри-

териям: уровень средних молекул и лейкоцитарный индекс интоксикации. Изучение уровня средних молекул в крови позволяет адекватно оценивать степень тяжести и контролировать течение инфекционно-воспалительного процесса, оценивать эффективность проводимой терапии. Изучая степень интоксикации у больных с аденомой простаты после проведения ТУР, мы обнаружили лучшую динамику у больных основной группы, которым проводилась канюлирование семявыносящего протока с введением препарата.

Как видно из лабораторных данных, у больных с аденомой простаты в процессе послеоперационного введения фторурацила в раневое ложе, отмечено снижение уровня СМП к 3-7 суткам на 47.9%, что значительно опережает показатели СМП у больных контрольной группы 34,9%. Аналогично меняется и ЛИИ. К 7 дню послеоперационного периода он составил 3,4+6,43 у.е. ($p<0,05$), что значительно ниже чем в другой группе. Предложенный нами сравнительный анализ выявил благоприятное влияние 5-фторурацила на течение раневого процесса.

Для объективизации жалоб и состояния больных, нами использована Международная система суммарной оценки простатических симптомов (IPSS) и система оценки качества жизни (QOL=0-6 баллов). По результатам анкетирования больные разделены на следующие группы:

- 0-7 баллов с легкой симптоматикой-3(6,2%);
- 8-19 баллов с умеренной симптоматикой-43(86,5%);
- 20-23 баллов с тяжелой симптоматикой-4(8,3%).

По нашим данным средние показатели IPSS и QOL в основной группе значительно лучше по сравнению с контрольной группой. Урофлоуметрические данные до операции, в послеоперационном периоде и через три месяца после выписки: средние показатели в основной группе превосходят таковые в контрольной группе.

Сравнительные результаты исследования клеточного состава раневого отделяемого из ложа аденомы показывают, что заживление раны в основной группе происходит значительно быстрее, чем в контрольной группе, а также значительно реже отмечается расстройство мочеиспускания, обусловленное рубцовыми изменениями в простатическом отделе уретры. По данным отечественных авторов (Сергиенко Н.Ф. и соавт., 2007 г.; Лопаткин Н.А., Мартов А.Г., 1997 г.) стриктура заднего отдела уретры в отдаленном послеоперационном

периоде наблюдалась у 5-10% больных. По нашим данным, в отдаленном послеоперационном периоде стриктура заднего отдела уретры развилась в основной группе у 2 (6,6%) и в контрольной группе у 2 (9,9%) больных.

РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Гусейнов М.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

В урологической практике рентгеноконтрастные исследования применяются очень широко. Практически все заболевания мочевыводящих путей являются показаниями к проведению экскреторной урографии. Не менее 75% лучевой диагностики в урологии занимают рентгеноконтрастные исследования. Что касается информативности непосредственно контрастных исследований, то в настоящее время все современные препараты дают высококачественные изображения, имеющие большую диагностическую ценность. Для различных видов рентгенологических исследований в урологии используют разнообразные контрастные вещества в различных концентрациях. Так, для экскреторной урографии применяют водные 35-50% растворы одно-, двух-, трехатомных контрастных веществ в количестве 20 мл. Для почечной ангиографии, венокавографии, тазовой флебографии используют растворы двух-, трехатомных веществ, но в более высоких концентрациях (50-70%). Для ретроградной пиелографии применяют одно-, двухатомные контрастные вещества в 20-30% растворах, тогда как для цистографии и уретрографии в 10-20% растворах. Выбор концентрации контрастных веществ строится с учетом функционального состояния почек, скорости выделения их почками и верхними мочевыми путями, а также состояния кровотока (аортография, флебография) и толщины рентгенографируемого объекта.

Использование рентгеноконтрастных растворов высокой концентрации без достаточных к тому показаний следует считать излишним. Получаемая в этих случаях на рентгенограмме весьма интенсивная тень не позволяет порой судить о характере изменений в органах.

Основными проблемами являются переносимость контрастных препаратов и в меньшей степени их цена. При внутрисосудистом введении РКС наблюдаются такие побочные явления как головокружение, тошнота, рвота, иногда умеренная гипотония, чувство жара. Эти симптомы у большинства пациентов проходят самостоятельно после прекращения инфузии препарата и примерно в 4 раза чаще встречаются при использовании ионных средств по сравнению с неионными. Проблемой являются по себе "непереносимость" и не последствия ее, которых собственно и нет, а затруднения в диагностике состояния мочевыводящих путей, связанные с невыполненной экскреторной урографией. Повторные же исследования с другим (неионным) контрастным средством обычно проводится из-за нежелания врача брать на себя ответственность за "введение йодированного контрастного средства в условиях непереносимости". Непереносимость не является истинной аллергической реакцией, которая встречается редко. Внутрисосудистое введение большой дозы препарата приводит к более выраженным псевдоаллергическим реакциям. В повседневной работе перед введением контрастного средства всегда задают вопрос о переносимости йода, что довольно эффективно позволяет избежать тяжелых алергоподобных осложнений. Здесь также следует отметить, что истинная аллергия, т.е. гиперчувствительность немедленного типа, является реакцией строго дозонезависимой, поэтому в большинстве случаев непредсказуемой и непродолжительной. Из этой особенности следует тот факт, что пробное введение небольшой дозы рентгеноконтрастного средства не может сократить частоту истинных аллергических реакций. В течение 25 лет в Республиканском Урологическом Центре выполнено около 40 тыс. экскреторных урографий. Выраженных реакций на введение РКС было меньше одного процента. При первых признаках серьезных реакций на введение РКС применяли внутривенно 20 мл 30% раствора тиосульфата натрия. Из вышеперечисленного следует:

1. Неионные РКС обладают меньшим процентом побочных реакций при внутривенном введении, чем ионные РКС.

2. Для выполнения экскреторной урографии, мультиспиральной компьютерной томографии целесообразно применять неионные РКС (омнипак, визипак, ультравист).

3. Ионные РКС следует применять для цистографии, уретрографии, ретроградной или антеградной пиелографии.

СПОСОБ УСИЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОСНОБЖЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТОВ

Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Рамазанов М.Р., Михайлов С.Х.

Кафедра урологии и кафедра общей хирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Известно, что 90% хронический простатит (ХП) имеют невоспалительное происхождение. Видимо, кроме микробов, в этиопатогенезе развития ХП существенную роль играют и другие факторы, одним из которых является нарушение кровообращения в предстательной железе (ПЖ). Длительное время, занимаясь реографией ПЖ Ю.М.Есилевский (2004) утверждает, что имеется настоятельная необходимость оценки состояния органного кровотока ПЖ, так как большинство хронических простатопатий протекает с участием изменений локального кровообращения. Автор предлагает выделять три стадии изменений органного кровотока ПЖ в зависимости от выраженности артериальной недостаточности. С внедрением в урологическую практику УЗИ-доплерографии ПЖ появилась возможность оценить не только анатомическую структуру органа, но и его функциональное состояние. При ХП отмечается обеднение сосудистого рисунка, уменьшение линейной скорости кровотока и повышение показателей периферического сосудистого сопротивления (Зубарев А.В. и соавт., 2001; Абоян И.А. и соавт., 2002; Неймарк Б.А., Ломшаков А.А., 2004; Аляев Ю.Г. и соавт., 2006). Описанные сведения убеждают в том, что в развитии ХП одну из ведущих ролей играет недостаточное артериальное кровоснабжение ПЖ.

Цель: усиление артериального кровоснабжения ПЖ и улучшение результатов лечения больных с ХП.

Материалы и методы: для решения поставленной цели предлагается механическое передавливание обеих бедренных артерий на уровне паупартовых связок. Технический способ осуществляется большими пальцами кистей или специальным аппаратом М.Р. Рамазанова. Аппарат представляет собой двухстоечный эксцентриковый прижим, состоящий из основания, на котором установлены две вертикальные стойки, по которым перемещаются крестовины. Крестовина закрепляется на стойке в нужном положении винтом.

Также через крестовину проходит поперечная стойка, которая движется в обе стороны и вокруг своей оси. Поперечная стойка фиксируется в нужном положении винтом. К торцам обеих поперечных стоек приварены вертикально расположенные цилиндрические втулки, к пружине подсоединены шток с прижимной пятой с мягкой резиновой подушкой на конце. К верхнему концу штока через специальный паз подсоединен эксцентрик с рукояткой. Устройство изготовлено из легкого сплава металла, а основание из дерева или пластмассы. Сущность предлагаемого способа заключается в следующем (А.С. 2226086): 1) сначала под пупартовой связкой ручным или аппаратным способом передавливают обе бедренные артерии в течении 1 мин. Всего в день проводится 4 сеанса по 6 процедур каждый на протяжении 7 дней; 2) последующие 7 дней сдавливают бедренные сосуды по 3 мин., по 4 сеанса из 6 процедур каждый; 3) остальные 7 дней сдавливают бедренные артерии в течении 5 мин., по 4 сеанса в день, каждый сеанс состоит из 4 процедур. Перерыв между процедурами 1 мин. За последние 20 лет предложенным способом проведено комплексное лечение 316 больных с ХП в возрасте от 20 до 65 лет. Всем им проводилось урологическое исследование, оценивалась степень выраженности симптомов по шкале СОС-ХП (Лоран О.Б., Сегал А.С., 2001), брали мазки из уретры на ЗППП, секрет простаты, выполняли посев спермы на флору и чувствительность к антибиотикам, урофлоуметрию, УЗИ-простаты и лабораторные анализы крови и мочи. Больные, наряду с ангиостимулированием, получали медикаментозную терапию.

Результаты. Выздоровление или улучшение по клинико-лабораторным данным отметили 286 (84%) мужчин. Проведено сравнительное изучение эффективности лечения ХП со сдавливанием бедренных артерий и традиционными методами. Результаты терапии по основным симптомам болезни (болевого и дизурического) оказались лучше при применении ангиостимулирования.

Обсуждение. По данным трансректального цветного дуплексного картирования выявлено, что при невоспалительной форме ХП болевой симптом обусловлен хронической ишемией простаты за счет нарушения общей и регионарной гемодинамики (Коган М.И. и соавт., 2009). Поэтому предлагаемый способ патогенетически обоснован. В результате передавливания обеих бедренных артерий кровь, предназначенная для нижних конечностей, устремляется в

органы малого таза. Для этого имеются биофизические предпосылки. Ведь внутренние подвздошные артерии находятся ближе всего к зоне передавливания и по диаметру наиболее крупные в этом регионе. Это можно видеть при реографии и доплерографии ПЖ. При передавливании бедренных артерий усиливается кровоток в ПЖ.

Выводы. Одним из ведущих патогенетических факторов развития ХП является недостаточное артериальное кровоснабжение ПЖ. Для улучшения кровоснабжения ПЖ нами предложен механический способ ангиостимулирования в комплексном лечении ХП, эффективность которого составила 84%. Предложенный способ подкупает простотой, легкостью в применении и не требует больших материальных затрат.

НЕЙРОГЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И БОТУЛИНОТЕРАПИЯ

**Арбулиев К.М., Михайлов С.Х, Михайлова Б.И.,
Магомедов М.Г.**

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Нейрогенный мочевой пузырь – это заболевание, проявляющееся нарушением функции мочевого пузыря вследствие повреждения центральной или периферической нервной системы, то есть центров проводящих путей, отвечающих за иннервацию этого органа.

Повреждения нервных центров и проводников возникает при ряде серьезных заболеваний: травмах головного и спинного мозга, рассеянном склерозе, болезни Паркинсона, врожденных пороках развития нервной системы, детском церебральном параличе и т.п.

Мочевой пузырь является чувствительным органом и даже минимальное нарушение его иннервации может приводить к тяжелой дисфункции. Имеется огромное количество пациентов, у которых нарушение мочеиспускания возникает на фоне остеохондроза, искривление позвоночника, грыжах межпозвоночных дисков.

Проявления нейрогенной дисфункции мочевого пузыря разнообразны. У некоторых пациентов учащается мочеиспускание, возникает неконтролируемые позывы вплоть до недержания мочи, у других,

наоборот, нарушается опорожнение, трудно начать мочеиспускание, приходится выдавливать мочу, мочиться в несколько приемов. Часто пациенты выносят себе приговор - «простатит», «цистит», «уретрит», что является глубоким заблуждением. Причина «плохой» работы мочевого пузыря – нарушение его иннервации.

КАК РАЗОБРАТЬСЯ В РАЗЛИЧНЫХ ДИАГНОЗАХ?

Для обозначения различных типов нарушения применяются термины - гиперактивный мочевой пузырь, гиперактивность детрузора, детрузорно-сфинктерная диссинергия. За сложными терминами скрываются простые и понятные клинические ситуации.

Гиперактивный мочевой пузырь/гиперактивный детрузор (или повышенная активность мышц мочевого пузыря) проявляется частыми позывами, частыми повторными мочеиспусканиями, постоянным ощущением позыва, недержанием мочи.

Детрузорно-сфинктерная диссинергия (ДСД) или повышенная активность (вплоть до спазма) мышц тазового дна, проявляется затрудненным опорожнением, трудностями «продавливания» зоны сфинктера, неполным опорожнением мочевого пузыря.

Если вы обнаружили у себя проявления нейрогенного мочевого пузыря: частое мочеиспускание, резкие позывы, постоянное желание мочиться или затрудненное неэффективное опорожнение с натуживанием и усилиями – необходимо обратиться в специализированные урологические центры, занимающихся расстройствами мочеиспускания и уродинамикой. Квалифицированный уролог проведет уродинамические исследования для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ. При легкой степени нарушения может быть предложено медикаментозное лечение или физиотерапия. При среднем или тяжелом расстройстве медикаментозное воздействие часто бывает недостаточным, и специалисту приходится переходить к малоинвазивному лечению-введению ботулинического токсина типа А (ботулинотерапия).

ЧТО ТАКОЕ БОТУЛИНОТЕРАПИЯ?

Ботулинотерапия или введение ботулинического токсина типа А в мышцу путем инъекции в стенку мочевого пузыря или в мышцы тазового дна в зону сфинктера. Технический процесс введения не вызывает сложностей 10-15 минут и не требует длительного пребывания в стационаре. Лантокс – препарат ботулинического токсина типа

А, является первым и единственным разрешенным к клиническому применению в урологии в РФ. Медицинская технология по его применению ФС№2008/289 зарегистрирована 30.12.2008 г. В многочисленных исследованиях, проведенных в России и за рубежом, доказана его высокая эффективность и безопасность.

КАКОВЫ ОЖИДАЕМЫЕ ЭФФЕКТЫ ДАННОГО ЛЕЧЕНИЯ?

Эффект от введения Лантокса проявляется на 2-7 сутки. Пациенты отмечают увеличение интервалов между мочеиспусканиями, снижение интенсивности позывов, частоты их возникновения, исчезновение недержания мочи. Пациенты, страдающие задержками мочеиспускания, отмечают улучшение качества опорожнения, мочатся свободнее, без усилий и дополнительного натуживания, достигают полного опорожнения мочевого пузыря без повторных мочеиспусканий.

ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ

Арбулиев К.М., Османов М.Г.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Тактика лечения пациентов со стриктурами уретры – один из спорных и неоднозначных вопросов современной урологии. Актуальность проблемы обусловлена наличием двух принципиально разных подходов к лечению данного заболевания. Первый подход предполагает проведение эндоскопических операций для коррекции стриктур уретры, второй – выполнение различных пластических операций на уретре. Предложены варианты противорецидивной терапии препаратами различных групп. Расхождения обусловлены как более высокой частотой рецидива после проведения эндоскопического лечения по сравнению с уретропластикой, так и возможными осложнениями, и недостатками уретропластики как более травматичного вмешательства. Тем не менее, в большинстве случаев первичным методом лечения при коротких стриктурах уретры является внутренняя оптическая уретротомия. По данным литературы и, исходя из собственного опыта лечения пациентов со стриктурами уретры, эндоскопические методы более эффективны при

наличии стриктур различных отделов мочеиспускательного канала протяженностью не более 1 см. Таким образом, в настоящее время стандарты лечения больных со стриктурами уретры являются предметом дискуссий.

Целью исследования явилось изучение воздействия препарата «Митомицин» на экспериментальный рубцовый процесс в уретре лабораторных животных и его возможностей в процессе метафилактики стриктур уретры после их эндоскопического рассечения.

Материал и методы исследования. Для тщательного изучения влияния препарата «Митомицин» на рубцовый процесс нами проведено экспериментальное исследование с моделированием травматического повреждения уретры и применением «Митомицина» для профилактики рубцового перерождения эпителия слизистой оболочки в процессе восстановления уретры. Экспериментальное исследование проводилось с разрешения этического комитета и на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, в условиях кафедральной операционной. В период с ноября 2014 по май 2015 года был проведен эксперимент на 32 кроликах породы Шиншилла, самцах, весом от 1500 до 2000 грамм, среди которых выделено 4 группы.

Животным I-III групп под внутримышечно введенным препаратом «Золетил» (50 мг действующего вещества), проводилась обработка операционного поля. Обнажался половой член, в просвет уретры, по нижней поверхности, вводилась бранша зубчатого хирургического зажима, воздействием которой осуществлялось травматическое повреждение слизистой оболочки уретры, вторая бранша осуществляла сдавление тканей полового члена снаружи. Зажим с помощью фиксаторов смыкался, сдавление осуществлялось в течение 3-5 минут, до появления следов кровоизлияний в тканях полового члена. У животных II и III групп, помимо травматического воздействия, в стенку уретры инъекционно вводился 0,1 мл раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия): во II-ой группе – только в день операции, в III-ей группе – в день операции и на 5-е сутки после операции. Повторное введение препарата осуществлялось также под анестезией. В среднем, через 20 суток после введения препарата «Митомицин», животные всех групп умерщвлялись введением в летальной дозе анестетика Золетил 50 (до 5,0 мл в/м). Производился забор биологического материала

для морфологического исследования. Срезы окрашивались гематоксилин-эозином и изучались с помощью электронного микроскопа, подключенного к персональному компьютеру, при увеличении $\times 100$ и $\times 200$ с фотофиксацией. Микроскопическое исследование срезов уретры выявило, что механическая травма на клеточном уровне выражается дефектом покровного многослойного плоского эпителия, гиперемией капилляров, отеком собственного слоя и умеренно выраженной воспалительной инфильтрацией с примесью нейтрофилов. У животных опытной серии с травмой мочеиспускательного канала и 2-кратным введением в стенку уретры митомицина наблюдались морфологические признаки более активной регенерации эпителия слизистой оболочки, затихания воспалительной реакции со слабо выраженной очаговой лимфоцитарной инфильтрацией и ангиогенезом, без признаков фибропластической трансформации и стенозирования просвета.

Следующим этапом нашего исследования стало практическое применение препарата «Митомицин» в процессе эндоскопического лечения непротяженных стриктур уретры. С января 2013 г. по декабрь 2016 г. на базе Республиканского Урологического Центра 25 пациентам проведено эндоскопическое лечение непротяженных (до 1 см) стриктур различных отделов уретры. Все пациенты прошли комплексное клиничко-лабораторное обследование, включающее восходящую уретрографию и урофлоуметрию. В соответствии с планом исследования пациенты были разделены на две группы: основную ($n = 10$) и группу сравнения ($n = 15$). Всем пациентам была проведена внутренняя оптическая уретротомия по принятой в клинике методике. Пациентам основной группы сразу после оптической уретротомии «холодным» ножом строго на 12 часах условного циферблата, интраоперационно, в область рассечения стриктуры, на 10 и 14 часах условного циферблата, эндоскопическим инъектором вводился раствор препарата «Митомицин» (40 мг вещества + 40 мл 0,9 % раствора хлорида натрия) из расчета 1 мл раствора на 0,5 см длины стриктуры. Длина стриктуры оценивалась с помощью мочеточникового катетера. После завершения введения препарата мочевого пузырь дренировался силиконовым уретральным катетером № 16-18F на 10–14 дней. В группе сравнения препарат не вводился. Контрольное обследование (оценка жалоб по шкале IPSS, ультразвуковое исследование для оценки объема остаточной мочи,

урофлоуметрия, уретроцистоскопия при подозрении на рецидив) осуществлялось через один, три и шесть месяцев после операции. Статистический анализ был проведен с использованием программы Statistica 6.0, статистическую обработку проводили критерием Стьюдента.

Результаты исследования - через шесть месяцев после уретротомии проведена оценка эффективности эндоскопического лечения стриктур уретры. В основной группе рецидив наблюдался в одном (10%) случаев из 10, в группе сравнения – в двух (13%) случаях из 15. Оценка межгрупповых различий подтвердила, что подслизистое введение препарата «Митомицин» ($p < 0,05$) снижает вероятность наступления рецидива в два раза при эндоскопической коррекции непротяженных (менее 1 см) стриктур уретры. Применение препарата уменьшило частоту рецидива стриктур с 15,5 до 11,5% у данной категории больных.

Выводы - применение препарата «Митомицин» показало свою эффективность в процессе экспериментального исследования и подтвердило его на практике, при этом не отмечалось побочных эффектов, как местного, так и системного характера. На основании проведенного исследования можно сделать вывод о хорошем соотношении эффективности и безопасности препарата в профилактике рецидива стриктур уретры после их эндоскопического лечения, что позволяет применять его в клинической практике.

**ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ:
АЛГОРИТМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**
**Арсланова А.Ю., Алискандиев А.М., Алискандиева З.А.,
Абдулмуслимов М.Т., Ибрагимов В.М.-Э.**
Кафедра факультетской и госпитальной педиатрии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
ГБУ «ДРКБ» им. Н.М. Кураева, г. Махачкала

Лечение детей с внебольничной пневмонией (ВП) является комплексным и включает адекватную АБТ (назначение антимикробных препаратов). Основным антибактериальным препаратом для лечения детей с 3 мес до 5 лет является амоксициллин, который сохраняет высокую активность в отношении пневмококка. В совре-

менных зарубежных руководствах по лечению ВП в качестве препарата выбора также рассматривается амоксициллин.

Антибактериальные препараты как при достоверном диагнозе, так и при вероятном диагнозе ВП применение антибиотиков следует начинать незамедлительно. При амбулаторном лечении у всех детей, не имеющих показаний для госпитализации, а также госпитализированных детей со среднетяжелым течением целесообразно использовать пероральные формы антибактериальных препаратов.

У госпитализированных детей с тяжелой пневмонией АБТ, как правило, назначается парентерально или используется ступенчатый вариант (парентеральное введение на весь период инфекционного токсикоза -3-5 дней, далее переход на пероральные формы тех же антибактериальных средств). При проведении АБТ у детей в амбулаторных условиях преимущество отдается энтеральным формам, позволяющим точно, с учетом массы тела и возраста, дозировать препарат.

У детей при энтеральном проведении АБТ могут использоваться диспергируемые таблетки, сиропы и пероральные суспензии. В клинической практике с успехом используются антибиотики в лекарственной форме диспергируемых (растворимые в воде) таблеток Флемоксин Солютаб компании «Астеллас Фарма». Их преимущества обусловлены как инновационной лекарственной формой (таблетки диспергируемые), так и более современной технологией производства таблеток Солютаб.

С клинической точки зрения диспергируемые таблетки способствуют стабильному терапевтическому эффекту при адекватной дозировке и снижают вероятность побочных реакций (диспептических расстройств и диареи и пр.), с применением амоксициллина каждые 8 часов.

Стандартной дозировкой амоксициллина в педиатрии в настоящее время считаются 45-60 мг/кг/сут, разделенные на 3 приема. Повышенной дозировкой амоксициллина считаются 80-90 мг/кг/сут, также разделенные на 3 приема. Повышенные дозировки амоксициллина рекомендуются в случае наличия у пациента факторов риска присутствия штаммов *S.pneumoniae* с повышенной устойчивостью к β -лактамным антибиотикам:(применение антибиотиков в предшествующие 3 мес; наличие в семье детей дошкольного возраста; посещение детских учреждений, проживание детей и взрослых в домах

длительного ухода. Применение амоксициллина в России в повышенных дозировках (80-90 мг/кг/сут) было одобрено в октябре 2018г. для препарата Флемоксин Солютаб (РУ № ЛС-001852). Применение амоксициллина клавуланата рекомендовано только случае риска наличия у пациента штаммов возбудителей, продуцирующих β -лактамазы: практически все клинические изоляты *S.aureus*, отдельные штаммы *H.influenzae* (не более 10% штаммов) и некоторые другие). К факторам риска наличия у пациентов штаммов возбудителей, продуцирующих β -лактамазы, относятся: пневмония на фоне или после гриппа (риска наличия *S.aureus*); наличие серьезных сопутствующих заболеваний, таких как бронхиальная астма, сахарный диабет, хронический бронхит; неуспешная предшествующая АБТ инфекций верхних дыхательных путей амоксициллином. При проведении АБТ следует учитывать быстрое возрастание резистентности *S.pneumoniae* к 14-15 членным макролидам (кларитромицин, азитромицин), которое в последнее годы в России увеличилось до 20-30%. Поэтому в качестве стартовой терапии макролиды в амбулаторной практике не должны использоваться. Учитывая, что уровень резистентности пневмококка к 16-членным макролидам как минимум в 2 раза меньше (примерно 15%), предпочтение целесообразно отдавать 16-членным макролидам.

Назначение макролидов может обсуждаться при непереносимости β -лактаманых антибиотиков (аллергическая реакция немедленного типа) или при наличии клинико-эпидемиологических данных, которые с высокой степенью вероятности свидетельствуют о ВП, вызванной атипичными бактериями (*M.pneumonia*, *S.pneumoniae*).

Назначение комбинированной АБТ в амбулаторной клинической практике условиях (β -лактаман+макролид) не рекомендуется, так как нет подтверждения эффективности этой стратегии с позиций доказательной медицины на исход среднетяжелой ВП. В то же время возрастает риск вероятности нежелательных явлений и повышается резистентность бактерий.

Дискуссионным остается вопрос о рациональной длительности АБТ при ВП. Большинство экспертов сходятся во мнении, что длительность применения антибиотиков при неосложненном течении ВП у большинства детей не должна превышать 7-10 суток. Критерием эффективности АБТ служит регресс клинических симптомов (стойкое снижение температуры тела до 37,2°C или ее нормализация

в течение не менее 2 сут; отсутствие признаков дыхательной недостаточности, явная тенденция к нормализации гобщего анализа крови – лейкоциты $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы $<80\%$, палочкоядерные $<6\%$).

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Атаев А. Р.¹, Гасанов А. И.¹, Атаев Э. А.²

¹ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала;

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва

Жировая эмболия сопровождает 60—90% скелетных травм, но синдром жировой эмболии с появлением выраженной клинической симптоматики встречается лишь у 5—10% пострадавших, а смерть развивается в 1—15% случаев. Нами разработан, апробирован и применяется в клинике способ профилактики синдрома жировой эмболии у пострадавших с политравмой при переломах длинных трубчатых костей (патент РФ № 2620858). Поставленная цель достигается путем проведения пункции гематомы в зоне перелома, иммобилизационного остеосинтеза, медикаментозной коррекции нарушений гомеостаза, способствующих развитию синдрома жировой эмболии. Сущность предлагаемого способа заключается в следующем: производят пункцию гематомы в зоне перелома для снятия напряжения в костнофасциальном футляре, затем производят иммобилизацию длинных трубчатых костей с применением внеочагового остеосинтеза посредством стержневого аппарата по принципу малоинвазивного иммобилизационного остеосинтеза, как первого этапа последовательного остеосинтеза. Для профилактики риска развития у пациента синдрома жировой эмболии проводят лечение по следующей схеме: вводят внутривенно 200 мг раствора мексидола на 200 мл изотонического раствора два раза в сутки, в течение 3 дней, а последующие 2 суток — по 200 мг 2 раза в день внутримышечно. Кроме того, пациент получает эссенциале 40 мл в сутки внутривенно, гепарин (при отсутствии противопоказаний) по 5000 ед. 4 раза в сутки подкожно под контролем свертываемости

крови в течение 5 суток. Данные препараты в таком сочетании ранее не использовались, именно предлагаемая в качестве изобретения схема профилактики синдрома жировой эмболии дает положительный результат. Применение раствора мексидола для поставленной в изобретении цели является новым. Пример конкретного выполнения способа. Больной А. поступил в отделение сочетанной травмы с закрытым переломом правой бедренной и большеберцовой костей, ушибом головного мозга. Больному произвели пункцию в зоне переломов для снятия напряжения в костно-фасциальном футляре, затем провели иммобилизацию длинных трубчатых костей с применением внеочагового остеосинтеза посредством стержневого аппарата по принципу малоинвазивного иммобилизационного остеосинтеза, как 1-го этапа последовательного остеосинтеза. Назначена схема профилактики синдрома жировой эмболии по следующей схеме: внутривенно 200 мг раствора мексидола на 200 мл изотонического раствора два раза в сутки, в течение 3-х суток, а последующие 2 суток — по 200 мг 2 раза в день внутримышечно. Дополнительно пациенту назначили эссенциале 40 мл в сутки внутривенно, гепарин по 5000 ед. 4 раза в сутки подкожно под контролем свертываемости, в течение 5 суток. Результаты профилактического лечения синдрома жировой эмболии: ни клинических, ни лабораторных признаков жировой эмболии у больного не отмечались. Больному было проведено дальнейшее лечение в полном объеме. Применение способа профилактики по указанной выше схеме у 50 пациентов, с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, способствовало профилактике развития жировой эмболии, лишь у 2 пациентов отмечали проявление жировой эмболии в виде кратковременного появления петехиальных высыпаний. Способ позволяет предотвратить развитие синдрома жировой эмболии за счет снижения внутрикостного давления в зоне перелома, инактивации перекисного окисления липидов, снижения дефицита высоко насыщенных фосфолипидов, которые являются естественными эмульгаторами жиров, и подавления агрегации тромбоцитов.

ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Атаев А.Р., Магарамов А.М.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Целью настоящего исследования явилось определение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) у больных с нарушением костной регенерации огнестрельного генеза. Под нашим наблюдением находилось 29 больных с наличием несросшихся переломов и ложных суставов длинных костей конечностей, после огнестрельных переломов. При обращении проводилось общеклиническое обследование больных, рентгенологическое и биохимические исследования (определение концентрации кальция, неорганического фосфора, активность щелочной фосфатазы), двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия с использованием денситометрии. Дефицит минеральной плотности костной ткани определяли по Z-критерию: здоровые Z-критерий $> -2,0$ SD; 2- остеопения Z-критерий $\leq -2,0$ SD; 3 – остеопороз Z-критерий $\leq -2,5$ SD. У 3 пациентов отмечены нормальные показатели МПКТ, при дополнительном сборе анамнеза удалось выявить, что вероятной причиной замедленной консолидации явились погрешности в методах фиксации так и несоблюдение предписаний врача. Низкая МПКТ или остеопения отмечена у 17 больных и остеопороз – у 9. У 12 больных с остеопенией и 5 – с остеопорозом отмечено некоторое увеличение содержания общего кальция в сыворотке крови более 2,6ммоль/л. Использование стандартной рентгенографии и двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, биохимических показателей крови в диагностике остеопении и остеопороза, позволяет начать профилактические и ранние лечебные мероприятия как у пациентов со свежими переломами длинных костей конечностей, так и при их осложнениях.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Атаев Э.А.¹, Атаев А.Р.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва;

²ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Принцип лечения больных с костными дефектами по Г.А. Илизарову предполагает дозированное перемещение несвободного ауто-трансплантата в дефект и замещение последнего перемещенным костным регенератом, перестраивающимся в полноценную костную ткань. Особую актуальность приобретают переломы и ложные суставы с наличием костного дефекта, где при хирургическом лечении необходимо не только заполнить дефект, но и добиться сращения с наиболее полным восстановлением длины и функции конечности.

Мы располагаем опытом лечения 88 больных с дефектами длинных костей нижних конечностей. Из них мужчин было 72 (81,8%), женщин – 16 (18,2 %) в возрасте от 16 до 55 лет.

Причиной формирования дефекта длинных трубчатых костей являлись огнестрельные переломы с первичным дефектом костной ткани, или после проведения первичной или вторичной хирургической обработки ран в полном объеме с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей. К дефектам кости, требующим восстановления, относили утрату костного вещества между костными фрагментами более 3 см.

По величине костных дефектов преобладали диастазы от 5 до 12 см, всего 48 больных, наиболее частая локализация дефектов – кости голени – 68 больных (77,2 %). По методам лечения все больные были разделены на три группы.

Метод чрескостного дистракционного остеосинтеза по Илизарову в различных модификациях применялся при замещении дефектов у всех пациентов. Первую группу составили 26 пациентов со стабильными огнестрельными переломами, с дефектом кости до 3 см, им был произведен компрессионно-дистракционный остеосинтез по Илизарову. Вторую группу составили 30 больных с дефектом кости 3см и более, в этой группе методика применяемого билокального последовательного дистракционно-компрессионного остеосинтеза

включала кортикотомию более длинного отломка, низведение его фрагмента в зону диастаза с последующей компрессией на стыке. В третьей группе, которую составили 32 больных с дефектом костной ткани более 3 см, применили последовательный дистракционно-компрессионный остеосинтез и предложенный нами способ коррекции репаративной регенерации при удлинении сегментов методов дистракционного остеосинтеза (патент РФ №2410051).

Целью предложенного способа является ускорение репарации, укрепление и компактизация регенерата, улучшение кровоснабжения, сокращение сроков лечения. Поставленная цель достигается тем, что после достижения необходимой длины и докомпановки аппарата Илизарова, производится костная аутопластика в толщу регенерата с использованием малоинвазивной техники.

Для осуществления предлагаемого способа используем остеоперфоратор для забора кости с поршневой системой, с помощью которого берем аутотрансплантат из гребня подвздошной кости и вводим под контролем электронно-оптического преобразователя в толщу регенерата через разрезы не более 10 мм.

Средняя скорость дистракции была равна $0,86 \pm 1,4$ мм. Индекс фиксации составил во 2-й группе $33,3 \pm 4,6$, в 3-й группе – $23,3 \pm 0,7$, а индекс остеосинтеза соответственно составили $46,3 \pm 5,7$ и $35,8 \pm 0,7$.

Во всех трех группах больных получены хорошие и удовлетворительные результаты. Запланированная длина удлинения сегмента достигнута у всех больных. Имевшиеся осложнения не потребовали дополнительных оперативных вмешательств.

Применение предложенного способа коррекции репаративной регенерации при дистракционном остеосинтезе позволило нам сократить средние сроки периода фиксации и лечения в целом в 1,5 раза.

При открытых, в том числе, огнестрельных переломах длинных трубчатых костей первичная и вторичная хирургическая обработка ран в сочетании с резекцией костных отломков в пределах здоровых тканей с последующим ранним билокальным остеосинтезом по Илизарову позволяет предотвратить развитие гнойных осложнений и получить хорошие результаты при замещении дефекта кости.

Введение губчатой костной ткани способствует укреплению и компактизации регенерата, усиливает васкуляризацию, вызывая формирование новых периостально-медуллярных сосудистых связей, сокращению сроков лечения.

КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Атаев Э.А.¹, Атаев А.Р.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Москва, РФ);

²ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Под нашим наблюдением находилось 36 раненых с огнестрельными переломами длинных костей нижних конечностей. При оценке состояния пораженной конечности обращали внимание на следующие моменты: механизм повреждения; размер и характер повреждений мягких тканей в зоне перелома и на всем протяжении сегмента (компаратмент-синдром); отслойка надкостницы и характер перелома кости; степень нарушения кровообращения в конечности (выраженность и время ишемии).

Виды переломов: 17 (47.2%) переломов длинных костей типа – I и II, 9 (25.0%) - типа III A, 8 (22,2%) - типа III B и у 2 (5.6%) – типа III C по классификации открытых переломов Gustillo & Anderson. Мы отдаем предпочтение этой классификации, так как она наиболее полно отражает степень повреждения мягких тканей, помогает определить тактику лечения, объем хирургической обработки и способ остеосинтеза. Локализация переломов была следующая: бедренная кость - 12; кости голени – 24.

Всем больным в предоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия, антибактериальная терапия цефтриаксоном (1 гр. в/в) и антиоксидантная терапия мексидолом (300 мг в/в).

Лечебная тактика включала в себя: адекватную анестезию и инфузионную терапию, щадящую хирургическую обработку раны с иссечением заведомо нежизнеспособных тканей, бережное отношение к мягким тканям и костным отломкам с целью сохранения их кровоснабжения, сохранение всех костных фрагментов, удаление крупных инородных тел, обильное промывание раны антисептиками (раствор Хартмана), фасциотомию через рану, репозицию и остеосинтез отломков, проточно-аспирационное дренирование, первичное закрытие раны местными тканями (без натяжения мягких тканей) или комбинированной кожной пластикой.

Чрескостный внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова произведен в 22 случаях. Комбинированный чрескостный остеосинтез у 14 пациентов, когда репозиция отдельных костных отломков осуществлялась за счет не только элементов связи аппарата с костью, но также с применением погружных винтов для стабильной фиксации отдельных крупных фрагментов. Из них в 2 случаях, с переломом типа III C, был произведен остеосинтез с восстановлением целостности артерии венозной аутопластикой. Противопоказанием к комбинированному остеосинтезу было наличие значительного загрязнения и разрушение мягких тканей.

С целью закрытия ран применены: первичный шов без натяжения мягких тканей в 22 (61,1%) случаях; первично-отсроченные швы или кожная аутопластика – в 10 (27,8%); комбинированная кожная пластика на питающей ножке, выкроенной из окружающих, не пораженных тканей с «замещением материнского ложа» свободным аутотрансплантатом - 4 (11,1%) случаях.

После внеочагового чрескостного остеосинтеза у 4 (11,1%) больных отмечено воспаление мягких тканей области проведения спиц и в 2 (5,6%) случаях развилось воспаление и в 1 – краевой некроз в области послеоперационной раны. Во всех случаях воспаления было купировано консервативно без удаления конструкции или смены лечебной тактики, на результатах лечения не отразилось.

Повреждения мягких тканей, риск инфекционных осложнений, несращение переломов являются критическими факторами, определяющими результаты лечения раненых. Диагностика всех повреждений, оценка состояния пострадавших, адекватная инфузионно-трансфузионная терапия и дифференцированная хирургическая тактика способствуют улучшению результатов лечения.

Применение комбинированного чрескостного остеосинтеза при огнестрельных переломах длинных костей конечностей способствует сокращению сроков лечения этих больных и улучшению функциональных результатов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И ДИУРЕТИКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Атаева З.Н., Кудаев М.Т., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З.,
Шамилова С.Г., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Гаджиева Т.А.,
Каллаева А.Н., Амбоян А.С., Бейбалаева А.М.**
Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Гиперактивация РАСС играет значительную роль в патогенезе развития артериальной гипертензии (АГ). Следовательно, лечить АГ можно путем медикаментозного влияния на различные звенья РАСС. Имеется много лекарственных препаратов, воздействующих на РААС и приводящих к снижению АД. Наиболее изученными препаратами, оказывающими действие на РААС, являются ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА).

ИАПФ блокируют выработку ангиотензина II (АТII) и альдостерона, активизируют калликреин-кининовую систему, что приводит к накоплению брадикинина. Накопление брадикинина часто провоцирует сухой кашель у пациентов. ИАПФ ассоциированы с умеренным повышением риска ангионевротического отека, особенно у представителей негроидной расы. У таких пациентов следует отдавать предпочтение БРА.

БРА блокируя рецепторы АТ₁-типа стимулируют эффекты рецепторов АТ₂-типа, вследствие чего происходит вазодилатация, снижение АД, фиброза, клеточной пролиферации, повышение продукции оксида азота, увеличение натрийуреза. «Фирменная» особенность препаратов класса БРА: прекрасная переносимость при минимуме побочных эффектов. Приверженность к лечению БРА наибольшая среди всех классов антигипертензивных препаратов. Из препаратов класса БРА представляет интерес азилсартан медоксомил, который значительно превосходит другие БРА по силе связывания с рецепторами АТII. Прочное связывание с рецепторами АТ₁-типа позволяет достичь стабильный антигипертензивный эффект препарата. В современных рекомендациях представлены новые положения по лечению АГ для большинства пациентов. В качестве основной стратегии лечения рекомендуют упрощенные алгоритмы

назначения препаратов. На первом шаге лечения предпочтительно использование блокаторов РААС в комбинации с антагонистами кальция или с тиазидами или тиазидо-подобными диуретиками. Рациональная комбинация БРА и диуретика обусловлена синергизмом их действия: снижение периферического сопротивления посредством БРА и уменьшение ОЦК диуретиком, а совместное применение БРА и тиазидного диуретика уменьшением проявлений диуретик-индуцированной гиперактивации РААС, проявлений гипокалиемии, вызванной диуретиком и хорошим профилем переносимости и безопасности. Рекомендовано предпочтение отдать фиксированным лекарственным формам, так как они повышают приверженность к лечению.

В этой связи представляет интерес фиксированная комбинация азилсартана медоксомила с тиазидоподобным диуретиком хлорталидоном под торговым названием Эдарби Кло фирмы Такеда, Япония.

Цель: изучение клинической эффективности и переносимости Эдарби Кло (азилсартан медоксомил + хлорталидон) у больных АГ.

Материал и методы. Исследование было включено 20 пациентов с АГ 2 степени. Среди них были 30,5% мужчин и 69,5% женщин, средний возраст - 59,5 лет. Ишемической болезнью сердца страдали 20,3% пациента, сахарным диабетом - 20%. Длительность исследования составила 4 недели. Эдарби Кло пациенты принимали 1 раз в сутки в начальной дозе 40 мг азилсартана медоксомила+12,5 мг хлорталидона, а в случае не достижения целевого уровня АД (менее 140/90 мм рт.ст.) в дозе 40 мг азилсартана медоксомила + 25 мг хлорталидона. Определяли индекс массы тела (ИМТ), индекса талии / объема бедра (ОТ/ОБ), АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС), общеклинические исследования, ЭКГ, суточное мониторирование АД (СМАД), Эхо-КГ, оценивали уровень тревоги по шкале Гамильтона, показатель качества жизни по визуально-аналоговой шкале, приверженность к терапии. Результаты обработаны с помощью компьютерной статистической программы Statistica 6.0.

Результаты. ИМТ, ОТ/ОБ, ЧСС, показатели липидного обмена, уровни калия и креатинина крови, ЭКГ и ЭхоКГ без динамики. Отмечена положительная динамика АД, показателей суточного мониторирования АД: средние суточные, дневные и ночные цифры АД, индексы нагрузки САД и ДАД, вариабельность САД,

снижение уровня глюкозы, тревоги и качества жизни. У 6% пациентов наблюдались побочные эффекты, характерные для приема сартанов: повышенная утомляемость, общая слабость, которые не потребовали отмены препарата.

Выводы. Эдарби Кло, у больных АГ II степени, является эффективным антигипертензивным средством, улучшает показатели СМАД. Препарат хорошо переносится больными и метаболически нейтрален. В результате лечения Эдарби Кло улучшаются показатели качества жизни пациентов и снижается уровень тревоги.

РОЛЬ ДИСТРОФИИ И ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Аталаев М.М., Кишев М.М., Гусенов С.Г.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей, кафедра стоматологии
ФПК ППС, кафедра ортопедической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

На протяжении более чем столетнего периода дискутируется вопрос о соотношении воспаления и дистрофии в развитии патологического процесса в околозубных тканях.

В прошлом столетии определился подход к чёткому разделению болезней пародонта на воспалительные (пародонтит) и дистрофические (пародонтоз).

При изучении роли воспаления и дистрофии, а также их соотношения в патогенезе болезней пародонта основная роль принадлежит клиническим наблюдениям, данным эксперимента и анализу обнаруженных изменений с позиций общепатологических представлений о дистрофии и воспалении. Принято различать виды дистрофий в зависимости от преимущественного нарушения белкового, жирового, углеводного и других видов обмена. Дистрофия, кроме того, может быть местной или иметь системный характер. Применительно к заболеваниям костно-суставной системы «под дистрофией понимается состояние тканей, обусловленное воздействием на них какого-либо сравнительно простого фактора, нарушающего их правильную функцию и формирование, после устранения которого болезнь прекращается. Дистрофия может возникнуть

и в результате отсутствия веществ, необходимых для развития и функционирования в тех или иных тканях комплексов или же недостаточного поступления их в организм.

В серии экспериментальных исследований по воспроизведению у животных некоторых эндокринопатий (хроническая паратиреоидная недостаточность, сахарный диабет, гипертиреоз и др.), экстремальных состояний (гиподинамия, гипоксия и др.) удалось показать преобладание дистрофических изменений в костной ткани челюстных костей в сочетании с обменными и морфологическими изменениями в других костях скелета. В своей основе эти изменения были стандартными, однотипными и характеризовались нарушением обновления костных структур в результате угнетения остеосинтеза и преобладания рассасывания костной ткани. Сходные изменения в челюстных костях людей, страдающих гипертонической болезнью и атеросклерозом, обнаружили при изучении секционного материала. Они проявились в дисгармоничной перестройке костной ткани – сочетании остеосклероза и остеопороза, преобладании катаболических процессов над анаболическими. Важно отметить, что описанные изменения определялись преимущественно в глубоких отделах альвеолярной части *челюстей*. Эти данные позволяют рассматривать нарушения в челюстных костях, как проявление системной дистрофии. В подобных случаях воспаление десны и развивающаяся в последующем деструкция вершин межзубных перегородок являются вторичными и отягощают первичный дистрофический процесс. Однако в клинической практике значительно чаще наблюдаются изменения пародонта, в которых первичным фактором является воспалительный процесс. Сопоставление клинико-рентгенологических изменений у 92 больных в возрасте от 18 до 65 лет выявило линейную зависимость между тяжестью гингивита (легкий, средний, тяжелый) и степенью изменения альвеолярной части челюстей (начальная, I, II, III стадии) и позволило характеризовать рентгенологически наблюдаемые изменения, как деструктивные, вследствие воспалительных изменений десны. Морфологические и гистологические исследования биоптатов десны без клинических признаков патологии и при различных видах гингивита выявили в зоне эпителиального прикрепления, а затем в других отделах десны дистрофические: изменения эпителия, нарушение распределения гликогена,

микронекрозы, мукоидное набухание, деструкцию коллагеновых волокон, повышение сосудисто-тканевой проницаемости и расстройства микроциркуляторного русла, т.е картину острого экссудативного воспаления (доклинические стадии патологии) и хронического с явлениями обострения при клинически выраженных формах патологии.

Поэтому правомерно выделение в клинике и классификации дистрофических и воспалительных форм болезней пародонта как местное проявление генерализованной дистрофии или воспаления. Дистрофический процесс рассматривается как общепатологическая категория и может развеваться на различных уровнях интеграции организма: орган, ткань, клетки, клеточные ультраструктуры. Этот процесс имеет стандартный характер изменений при действии различных этиологических факторов, однако, нарушение синтеза белка – один из наиболее ранних признаков дистрофии. Выделяют три универсальных фазы дистрофического процесса: первичного повреждения, адаптации, истощения, т.е. собственно дистрофии, которая является финальной.

Таким образом, основываясь на общепатологических закономерностях, в патологии пародонта следует, что патогенетическое лечение хронического генерализованного пародонтита должно быть направлено на снижение колонизационной способности пародонтопатогенных микробов, создание условий, тормозящих их прогрессирующей рост путем местного воздействия, а также усиливая механизмы резистентности тканей полости рта.

ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

**Ахмедова Д.А., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Магомедов А.З,
Амбоян А.С., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Гаджиева Т.А.,
Шамилова С.Г., Бейбалаева А.М.**

**Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала**

Helicobacter pylori (HP) относится к наиболее частым инфекциям человека. Распространенность этой инфекции в России составляет

около 80%. Опубликованный в 2015 году Киотский Консенсус рассматривает хронический гастрит (ХГ), ассоциированный с НР, как инфекционное заболевание и рекомендует проведение эрадикации, поскольку устранение НР может привести к полному восстановлению слизистой оболочки желудка, и предотвратить развитие долгосрочных осложнений или рецидивов болезни. Традиционно в клинической практике используются стандартные схемы антихеликобактерной терапии (АХБТ), рекомендованные V Маастрихтским соглашением (2016 г.), в состав которых входят ингибиторы протонной помпы (ИПП), антибактериальные препараты и висмута трикалия дицитрат (квадротерапия).

Как известно, эрадикацию инфекции НР более 80% принято считать успешной. Однако широкое использование антибиотиков для устранения НР сопряжено со значительными проблемами. Среди них снижение эффективности лечения, обусловленное формированием резистентности НР к антибиотикам, применяемым в схемах эрадикации.

Резистентность НР к антибиотикам в России активно изучается. В большинстве отечественных исследований, прослеживается тенденция к росту резистентности к антибактериальным препаратам. Для оптимизации схем эрадикационной терапии предлагается дополнительное использование в ее составе пробиотиков, что повышает комплаентность, снижает частоту и выраженность побочных эффектов. В 2008 г. группой немецких исследователей была разработана субстанция на основе инактивированных клеток пробиотических бактерий *Lactobacillus reuteri* DSMZ 17648 (Pylorpass). В России данный продукт зарегистрирован под торговым названием Хелинорм. В проводимом исследовании предполагается, что включение Хелинорма в стандартную эрадикационную схему лечения может повысить эффективность терапии НР-ассоциированных заболеваний.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения препарата Хелинорм в комплексной эрадикационной терапии пациентов с НР-ассоциированным антральным хроническим гастритом.

Материал и методы. Изучали эффективность дополнительной терапии препаратом Хелинорм в дозе по 1 капсуле 2 раза в день в сочетании со стандартной эрадикационной терапией.

В исследование были включены 30 пациентов (средний возраст – 42 года), которые были разделены на 2 сходные по возрастному и гендерному признаку группы по 15 человек. Пациенты группы 1 (группа активного контроля) принимали следующую терапию:

- Рабелок 20 мг 2 р/сут – 1 месяц;
- Вильпрафен Солютаб 1000 мг 2 р/сут – 10 дней;
- Флемоксин Солютаб 1000 мг 2 р/сут – 10 дней;
- Де-Нол 240 мг 2 р/сут – 28 дней.

Пациенты группы 2 (основная группа) – дополнительно к этим назначениям принимали Хелинорм по 1 капсуле 2 р/сут – в течение 28 дней.

У пациентов, включенных в исследование, был диагностирован хронический антральный НР ассоциированный гастрит по результатам обследования: ФЭГДС, уреазный тест, жалобы, клиническая картина заболевания.

Среди жалоб наиболее распространенными были боли в эпигастрии, дискомфорт, отрыжка, урчание в животе, вздутие.

Результаты. Все пациенты завершили исследование. После курса эрадикационной терапии положительная клиническая динамика наблюдалась в обеих группах, но при этом во 2^{ой} группе достоверно более эффективно элиминировали диспептические симптомы. Элиминация НР по данным уреазного теста была более эффективной в группе пациентов, принимавших Хелинорм.

Выводы. Добавление препарата Хелинорм в схему стандартной эрадикационной терапии пациентов с НР ассоциированным гастритом повышает эффективность эрадикации НР, оказывает положительное влияние на клиническую картину заболевания. Препарат Хелинорм имеет хорошую переносимость и безопасность и может быть рекомендован в комплексной эрадикационной терапии у пациентов с НР-ассоциированным гастритом.

МУКОВИСЦИДОЗ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Гаджимирзаев Г.А., Эседов Э.М., Гаджимирзаева Р.Г.,
Ахмедова Ф.Д.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г.Махачкала

Муковисцидоз – это наследственно обусловленное заболевание, характеризуется системным поражением экзокринных желез жизненно важных органов и систем с тяжелым течением и неблагоприятным прогнозом. [1,2]. В целом по России продолжительность жизни больных муковисцидозом составляет 16 лет.

Болезнь сопровождается развитием мультисистемного поражения дыхательной (хронический риносинусит, хронический бронхит), пищеварительной (кистозный фиброз поджелудочной железы и печени, поражение слюнных желез) и репродуктивной (обструкция семявыводящих путей у мужчин и бесплодие) систем.

Различают три формы заболевания: легочная (15-20 %), кишечная (5%), смешанная (75-80%).

В основе патогенеза заболеваний при муковисцидозе лежит нарушение двигательной активности ресничек и мукоцилиарного транспорта вследствие продукции густого, вязкого секрета, в котором “увязают” неповрежденные реснички мерцательного эпителия слизистой оболочки.

Чаще всего муковисцидоз впервые проявляется развитием тяжелой пневмонии еще в период новорожденности. У больных проявляется деформация пальцев рук, ног и ногтей в виде “часовых стекол”. Дети отстают в физическом развитии, у них наблюдается сухость кожи, ломкость волос. Грудная клетка приобретает бочкообразную форму.

Нами наблюдались 32 ребенка больных муковисцидозом. У всех этих детей диагностирован хронический риносинусит с преимущественным поражением верхнечелюстных и решетчатых пазух.

Риноскопически слизистая оболочка у всех обследованных неравномерной окраски с пятнами Воячека, носовые раковины отекающие. В носовых ходах повышенное слизистое отделяемое от умеренного до обильного, липкое, вязкое, с образованием тянущихся нитей между стенками полости носа. При рентгенологическом исследовании у 27 больных отмечается разной степени выраженности снижение пневматизации гайморовых и решетчатых пазух. У двух

больных обнаружены единичные полипы в области среднего носового хода.

У 11 детей барабанные перепонки были умеренно втянуты, при аудиологическом исследовании определялось снижение слуха I-II степени, связанное с хронической дисфункцией слуховой трубы.

Лечение больных сводилось к подавлению инфекционного процесса в ВДП, бронхах, легких с применением антибиотиков бета-лактамного ряда (имипенем, азлоциллин, пиперациллин, цефалоспорины 4-го поколения) и фторхинолоны. Для очищения полости носа, околоносовых пазух и бронхов от вязкого секрета использовали ингаляции муколитиков: пульмозим, флуимуцил, амброксол.

С целью повышения иммунологической реактивности организма детям вводили гамма-глобулин. Из физиопроцедур назначали УВЧ, электрофорез препаратами магния на область носа и грудной клетки.

В заключении стоит подчеркнуть, что для улучшения качества жизни пациентов, страдающих муковисцидозом, удлинение продолжительности жизни требуется постоянное диспансерное наблюдение как со стороны интернистов, так и оториноларингологов, повторные неоднократные санации верхних и нижних дыхательных путей.

Литература:

1. Амелина Е.Л., Черняк А.В., Черняев А.Я. Муковисцидоз: определение продолжительности жизни // Пульмонология, 2001. - №3. -С.61-64.

2. Эседов Э.М., Гаджимирзаев Г.А., Ахмедова Ф.Д., Мурадова В.Р., Гаджимирзаева Р.Г., Меджидова Р.А., Абасова А.С. Муковисцидоз – актуальная проблема медицины / Актуальные вопросы патологии ЛОР-органов и ассоциированных с ними болезней // Материалы республиканской научно-практической конференции, посвященной 80-летию кафедры ЛОР-болезней ДГМУ и 130-летию со дня рождения профессора В.А. Чудносветова. Махачкала, 2016. - С.86-94.

НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ СИНДРОМЕ КАРТАГЕНЕРА

**Гаджимирзаева Р.Г., Эседов Э.М., Гаджимирзаев Г.А.
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала**

Сочетание обратного расположения внутренних органов, бронхоэктазии и синусита получило название синдрома (триады) Картагенера. Безусловно, врожденным при этом синдроме является обратное расположение внутренних органов. В отношении же генеза бронхоэктазов и патологии околоносовых пазух до недавнего времени не было четких представлений [1].

В настоящее время установлено, что в основе синдрома лежат генные дефекты внутренней структуры ресничек мерцательного эпителия слизистой оболочки дыхательных путей, которые приводят к несогласованности их колебаний или даже полному отсутствию движений, в связи с чем резко нарушается мукоцилиарный транспорт на поверхности эпителия дыхательных путей как верхних, так и нижних, что создает условия для возникновения хронического синусита и бронхита. Именно с этих позиций объясняют в настоящее время формирование риносинуситов и бронхоэктазов при синдроме Картагенера [2-4].

Первые признаки синдрома начинают проявляться в раннем детском возрасте рецидивирующими риносинуситами и бронхолегочными заболеваниями (бронхиты, затяжные пневмонии), нередко присоединяется хронический средний отит. Помимо главных признаков синдрома могут наблюдаться и целый ряд других симптомов, свидетельствующих о наследственном характере болезни: врожденные пороки сердца, почек, агенезия лобных пазух и др.

Клинически заболевание проявляется кашлем со значительным количеством слизисто-гнойного или гнойного отделяемого из полости носа и бронхов. Отмечается отставание в физическом развитии, слабость, быстрая утомляемость, головные боли. У больных определяется одышка, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, деформация грудной клетки, ногти в виде «часовых стекол». В легких выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон. Эндоскопически преобладают изменения в форме диффузного катарально-гнойного эндобронхита, требующего неоднократной бронхоскопической санации.

Мы наблюдали 11 детей в возрасте 4-14 лет и 8 взрослых в возрасте 17-22 лет с триадой Картагенера. Мужского пола было 8, женского – 11 человек. У 16 больных в первые же дни после рождения была диагностирована пневмония, у 8 – вскоре после выписки из родильного дома.

Клинически отмечался кашель со значительным количеством слизисто-гношной мокроты, одышка, цианоз носогубного треугольника, у 6 человек ногти были в виде «часовых стекол». При бронхоскопии определялся двусторонний эндобронхит с патологическими наложениями.

Риноскопически определялось слизисто-гнойное отделяемое, заполняющее практически все носовые ходы с затеканием в ротоглотку, слизистая оболочка имела цианотичный оттенок, носовые раковины отечны, носовое дыхание затруднено.

По материалам отдельных авторов [5] в носу у подобных больных определяются полипы. Мы наблюдали их у 2 взрослых больных, а у детей – ни разу.

При рентгенологическом исследовании околоносовых пазух выявлялось нарушение пневматизации верхнечелюстных и решетчатых пазух. При пункции только у 1 больного из гайморовой пазухи был получен гной, а в остальных случаях – слизь. При анализе 19 рентгенограмм околоносовых пазух оказалось, что полное отсутствие лобных пазух (агенезия) отмечено у 16, недоразвитие (гипоплазия) у 5, а в 4 наблюдениях констатировано нормальное их развитие.

Одним из проявлений синдрома Картагенера является хронический катаральный отит с нарушением слуха. Объясняя причину снижения слуха у подобных пациентов, исследователи указывают на повышенную секрецию и цилиарную дискинезию слизистой оболочки среднего уха. При аудиологическом исследовании у 12 больных была выявлена кондуктивная тугоухость I-II степени.

В процессе лечения больных синдромом Картагенера основное внимание уделяли антимикробной терапии в связи с постоянным наличием инфекционно-воспалительного процесса в носу, околоносовых пазухах, бронхах, легких. Антибиотики назначали с учетом чувствительности выделенной микрофлоры из отделяемого носа и бронхов. Проводились санации верхних дыхательных путей и бронхов с использованием отсоса, промывания растворами (морская

вода, фурациллин и др.), ингаляции (с ацетилцистеином, мукосалвином), назначали бромгексин, мукалтин.

Большинство специалистов считают, что оперативное лечение бронхоэктазов не следует проводить в связи с генерализованной аномалией реснитчатого эпителия и нарушения защитных механизмов всего респираторного тракта. Однако отдельные авторы полагают, что в случаях мешотчатых бронхоэктазов, ограниченных отдельными сегментами легких, хирургическое лечение дает положительный результат.

Литература:

1. Коганов С.Ю., Розина Н.Н., Иошпа Л.Л. Бронхолегочные синдромы у детей // Вопросы охраны материнства и детства, 1972. -№1. -С.54-60.

2. Середа Е.В., Катосова Л.К., Платонова М.М., Волков И.К., Вахлярский С.Н., Зейгерник М.В. Этиологические аспекты воспалительного бронхолегочного процесса и терапевтическая тактика при синдроме Картагенера у детей // Вопросы современной педиатрии, 2002. -№3. -С.7-11.

3. Эседов Э.М., Гаджимирзаев Г.А., Ахмедова Ф.Д., Мурадова В.Р., Гаджимирзаева Р.Г., Меджидова Р.А., Абасова А.С. Синдром Зиверта-Картагенера в практике ЛОР-врача, пульмонолога и акушер-гинеколога / Актуальные вопросы патологии ЛОР-органов и ассоциированных с ними болезней // Материалы респуб. науч.-практич. конф. Махачкала, 2016. -С.78-86.

4. Moseberg V., Hanngren A. Kartageners syndrome – a ciliary immotility // Mt. Sinai. J. Med. 1977, V.44.-P.834-843.

5. Рязанцев С.В. Синдром Картагенера // Новости оториноларингологии и логопатологии. -1995. -№2. -С.17-21.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА

Гамзатов А.Г, Арбулиев К.М, Газимагомедов Г.А, Гусниев Н.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,

г. Махачкала

Гидронефроз часто встречающееся заболевание почек, которое может наблюдаться как у новорожденного, так и у пожилых людей. Причиной его, в основном, является нарушение уродинамики, оттока мочи из-за стеноза лоханочно-мочеточникового сегмента

(ЛМС) различного характера, что способствует дисплазии как элементов нефрона, так и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС). Выраженность изменений в почке зависит от степени стеноза ЛМС и длительности этого состояния.

Причинами возникновения стеноза ЛМС и гидронефроза являются аберрантный нижнеполярный сосуд почки, высокое отхождение мочеточника, изредка врожденный клапан в области ЛМС, перегиб и сужение прилоханочного отдела мочеточника и мочекаменная болезнь. Важна своевременная диагностика и лечение его. Ведущее место в этом принадлежит физическим методам, таким как ультразвуковые в положении лежа и стоя, рентгенологические, особенно мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием почек.

В течении 15 лет (2002-2017 гг.) в Республиканском урологическом центре г. Махачкалы находились на лечении 172 больных гидронефрозом, возрастом от 18 до 76 лет. Причиной заболевания у 68 было сужение ЛМС, в 56 случаях аберрантный нижнеполярный сосуд почки, высокое отхождение мочеточника - 21, врожденный клапан в области ЛМС – 2, перегиб и сужение прилоханочного отдела мочеточника после перенесенных хирургических вмешательств – 14 и мочекаменная болезнь в 11 случаях.

Клинические проявления заключались в появлении болей на соответствующей стороне поясницы. Боли за редким исключением носят тупой, несильных характер. Более интенсивный характер они имеют, когда имеется начальная стадия болезни и причиной является камень почки. Характерны так же признаки воспалительного процесса – лейкоцитурия, изредка эритроцитурия, хотя они появляются чаще всего во второй, а то и в третьей стадиях процесса. Показаниями для хирургического лечения служили болевой синдром, значительное расширение ЧЛС, лейкоцитурия и артериальная гипертония.

Больным с камнями почек устанавливались мочеточниковые стенты и производились ДЛТ, другим (16) с выраженной соматической патологией органов грудной клетки также устанавливались стенты с заменой по мере необходимости. 16 пациентам с гидронефрозом в терминальной стадии произведено нефрэктомия. Остальным 129 больным произведены органосохраняющие операции – пластика ЛМС (124), уретеролиз (5) с внутренним стентированием мочеточника.

В основном мы пользовались методом Хайнес–Андерсена и в каждом отдельном случае исполнение его зависело от причины гидронефроза, то есть, если аберрантный сосуд, то накладывался антевазальный анастомоз. Считаем обязательным резекцию ЛМС и измененного участка мочеточника (у некоторых больных до 4-6 см). В таких случаях приходится так же низвести и фиксировать почку во избежание натяжения анастомоза. У 4 больных с гидронефрозом на почве сужения значительного участка мочеточника с широкой лоханкой выполнена пластика по Кульп–де–Верду с хорошим результатом. Дренировали почку в начале шинирующим дренажем и нефростомой, а в последующем внутренним стентированием. Отдаленные результаты в течении 5 лет наблюдения хорошие у 102 пациентов, удовлетворительные – 19,4 больных нуждаются в периодическом стентировании мочеточника и 4 перенесли нефрэктомиию. Шовным материалом пластики ЛМС служил викрил 5.0.

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ

Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А.
Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Наиболее серьезными осложнениями во время и после чреспузырной аденомэктомии простаты являются сужение простатической части уретры и кровотечение из ложа аденомы.

Нами изучены истории болезни 350 больных аденомой простаты, находившихся на лечении в урологическом центре в течении 10 лет. По нашим данным, стриктура простатической части уретры была у 12 больных (3,4%). Причиной этого осложнения являются грубые манипуляции при вылуцивании аденоматозных узлов с повреждением задней уретры, особенно при удалении аденомы одним блоком, чрезмерное ушивание шейки мочевого пузыря и длительное пребывание дренажа в уретре.

Для профилактики сужения простатического отдела уретры мы стараемся сохранить непрерывность уретры, что бывает возможным в тех, случаях, когда аденома простаты представлена отдельными узлами (72%) с четкими складками между ними (комиссуры).

При вылушивании аденоматозных узлов хирург, проникая пальцем под капсулу каждой доли у складки с двух сторон, вылушивает их навстречу друг другу и каждый отдельно. Сохранившиеся складки составляют части будущей уретры.

Для профилактики кровотечения во время операции и в послеоперационном периоде мы производим предварительное прошивание простатических ветвей мочепузырных артерий по Ю.А.Пытелю с соавторами, прошивание кровотокающих сосудов «на глаз» и ушивание ложа аденомы до катетера по показаниям. Для улучшения обзора ложа, гемостаза и его ушивания мы пользуемся крючками собственной конструкции.

Соблюдение этих правил позволило нам заметно сократить послеоперационное пребывание больных в стационаре и значительно уменьшить количество названных осложнений. Сужение простатической части уретры имело место лишь в 1,3% случаев, а у одного больного было кровотечение из ложа аденомы, потребовавшее повторного вмешательства, ему была произведена перевязка внутренних подвздошных артерий.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ

**Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А.,
Гусниев Н.М.**

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Гипоспадия встречается у одного из 300 новорожденных мальчиков, и лечение ее представляет порой трудную задачу. Об этом говорит факт, что нередко больные оперируются многократно – 8, 11, 13, 14, и 24 раз. Гипоспадия часто сочетается с другими пороками развития: крипторхизмом, гипогенитализмом, ложным гермафродитизмом и др., оказывает отрицательное влияние на развитие полового члена, общее развитие и формирование личности больного (1).

Различают: гипоспадия головки, стволовая, члено-мошоночная, мошоночная и промежностная формы; в зависимости от формы характеризуется искривление полового члена в сторону мошонки вследствие недоразвития губчатой части уретры. Если в таком состоянии он будет много лет (до 14, 16, 18 и далее), то в пещеристых

телах наступает фиброзные изменения, что естественно отрицательно сказывается в последующем.

Обычно большинство авторов рекомендуют начинать лечение в 3-5 лет. Производится выпрямление полового члена, для чего иссекается соединительный тяж (хорда), в результате чего наружное отверстие уретры смещается проксимально - очень значительно. Для этого обычно пользуются продольным разрезом на вентральной поверхности полового члена, окаймляя наружное отверстие. В редких случаях приходится прибегать к дополнительным разрезам, если имеется дефицит кожи.

Чем больше возраст больного, тем сложнее становится иссечение хорды и рубцов, так как она становится единой с белочной оболочкой. После выпрямления половому члену придается положение гиперкоррекции, как пишут некоторые авторы, не менее 2-х месяцев, а затем взрослым допустим половой контакт.

После выпрямления полового члена дефект уретры становится еще больше. Через 5-6 месяцев выполняется наиболее сложный этап оперативного лечения пластика канала, которая зависит от вида гипоспадии (1, 3).

У больных с гипоспадией головки и без искривления полового члена производится меатотомия т.е. наружное отверстие рассекается по нижней стенке на 5-6 мм с круговым ушиванием. Мочу отводят катетером.

Восстановление канала при стволовых и других проксимальных формах гипоспадии требует уже тонких и сложных операций, очень бережного отношения к тканям, особой аккуратности и терпения.

Предложено множество методов пластики - это операция Бивена, Рассела, Горгаммера, Девиса-Тирмана, Бека, Боуссона, Дюплия, Совченко, Тирша, Броуна, Цециля, и много других (1, 2, 3).

В основном эти больные попадают в детские клиники, где их оперируют и лишь часть из них с неудачными результатами после неоднократных вмешательств, попадают в клиники с взрослым контингентом. В нашей клинике получили лечение 12 больных (15-18 лет), также оперированные в прошлом в другой клинике. В своей практике мы пользовались методом Ландерера в модификации Русакова. Это нелегкая трудоемкая операция, но при нормальном выполнении всегда эффективна. Канал создается из кожи вентрального отдела полового члена и передней части мошонки. Недостатка в тканях

нет. Весь смысл в аккуратном сведении тканей. Отрицательная сторона – многоэтапность (3). Это ничего для ребенка, нехорошо для взрослого. Отдаленные результаты через 2-3 года хорошие.

Литература:

1. Лечение гипоспадии. Русаков В.И. Издательство ростовского университета 1988г, с -28-37.
2. Гипоспадия гермафродитизм / Савченко Н.Е. – Минск, 1974, с – 11-45.
3. Урология, учебник / Комяков Б.К. – 2-е изд., -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018, -с. 161-165.

АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗВУКОВ ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ

Гусейнов А.А.¹, Магомедова К.А.²

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней;

² кафедра факультетской терапии

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Жалобы, связанные с расстройством дыхания, одни из самых частых в практике врачей различных специальностей, так как могут быть связаны с множеством заболеваний. Еще труднее ставить диагноз, если подобные жалобы встречаются у беременных, особенно на поздних сроках. К множеству возможных причин (патология органов дыхания, сердечно-сосудистой системы и др.) здесь добавляются изменения гормонального фона, увеличение матки, увеличенная потребность в кислороде, эмоциональные расстройства. Все это сочетается с ограниченными возможностями диагностики: нежелательности рентгеновского облучения, невозможности полноценного выполнения форсированных маневров при спирометрии. В связи с этим актуальным становится поиск новых безопасных методов диагностики легочных заболеваний у беременных.

В России зарегистрирован метод, основанный на регистрации звуковых феноменов, возникающих при дыхании, с последующим анализом и математической обработкой частотных и временных характеристик спектра этих шумов, в дальнейшем получивший общепринятое название – бронхофонографии (БФГ) (Малышев В.С. и др., патент №5062396, 1995г.). В основе БФГ лежит анализ временных и

частотных характеристик спектра дыхательных шумов, возникающих при изменении диаметра воздухопроводных путей бронхов, приводящих к образованию турбулентных воздушных потоков и возникновению низко- и высокочастотных акустических феноменов, регистрируемых при сканировании акта дыхания. Звук, возникающий при дыхании, записывается напрямую через микрофон с помощью компьютерного диагностического комплекса «Паттерн». Чувствительность и специфичность метода оценивались с использованием математического аппарата искусственных нейронных сетей. Сканирование и запись респираторного цикла производится в частотном диапазоне от 200 до 12 600 Гц. Выделяются три зоны частотного спектра: от 200 до 1200 (низкочастотный диапазон), 1200—5000 (средние частоты), >5000 Гц (высокочастотный диапазон). С помощью комплекса оценивается интенсивность акустических параметров работы дыхания (АРД). Интенсивность акустического феномена дыхания представляется и в относительных единицах — коэффициентах (К).

Цель исследования. Изучить возможности применения акустического анализа дыхания – бронхофонографии (БФГ) для формирования акустического образца (паттерна) здорового дыхания у беременных для диагностики дыхательных расстройств.

Материал и методы. Было проведено поперечное (одномоментное) исследование 118 беременных женщин (средний возраст $26,5 \pm 6,1$ лет), в роддомах и женских консультациях Махачкалы. Акустический анализ дыхательных звуков – БФГ проводили с помощью бронхофонографического диагностического автоматизированного комплекса «ПАТТЕРН-01» при спокойном и форсированном дыхании. Проведён анализ более 700 бронхофонограмм. Анализировались следующие параметры: - АРД1 – общий диапазон (1,2-12,6 кГц); - АРД2 - высокочастотный диапазон (5,0-12,6 кГц); - АРД3 – среднечастотный диапазон (1,2-5,0 кГц); - $K1 = \text{АРД1} / \text{АРД0} \times 100$; коэффициент, отражающий те же параметры в относительных единицах - общий диапазон; - $K2 = \text{АРД2} / \text{АРД0} \times 100$ - высокочастотный диапазон; - $K3 = \text{АРД3} / \text{АРД0} \times 100$ - среднечастотный диапазон.

Результаты. У беременных, особенно в третьем триместре, часто (58,8%) встречаются жалобы на одышку, ощущение нехватки воздуха, сдавление в груди, невозможность сделать полноценный вдох. Это может значительно затруднять диагностику заболеваний

органов дыхания (приводя как к гипер-, так и к гиподиагностике). Выполнение спирометрии на поздних сроках беременности достаточно затруднительно, что зачастую приводит к получению противоречивых результатов. Оценка одышки по шкале Борга субъективна. Акустический анализ дыхания – БФГ, являясь простым, неинвазивным и безопасным методом функциональной диагностики, может дать объективные оценочные параметры функции внешнего дыхания. Показатели АД и К спокойного и форсированного дыхания могут применяться в качестве дополнительных диагностических маркеров и помочь в диагностике (исключении) нарушений дыхания у беременных. БФГ является безопасным и объективным методом функциональной диагностики, применение которой не вызывает затруднений у беременных.

Был предложен алгоритм диагностики расстройств дыхания. Показатели АД и К, превышающие верхние значения 95% доверительного интервала спокойного и форсированного дыхания (АД1 89,8 спокойное/992,5 форсированное, АД2 16,3/224,2, АД3 76,7/789,0, К1 17,1/113,6, К2 2,4/35,7, К3 15,3/88,6) служат основанием для проведения углубленного обследования беременных (спирометрия, рентгенообследование со средствами защиты).

Исследования проведены при поддержке выигранного нами в 2018 г. Гранта Главы Республики Дагестан.

**ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**
Гусейнова Р.К., Кудиев М.Т., Атаева З.Н., Ахмедова Д.А.,
Магомедов А.З., Османова А.В., Каллаева А.Н.,
Шамилова С.Г., Салаватова Х.И.

Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) и увеличение содержания коллагена в миокарде приводит к повышению жесткости миокарда и нарушению диастолической функции левого желудочка при гипертонической болезни (ГБ).

Цель исследования: установить частоту диастолической дисфункции левого желудочка у больных ГБ в зависимости от структурного состояния сердца.

Материал и методы. Обследовано 42 больных ГБ 1-2 стадии, 1-3 степени повышения АД в возрасте от 22 до 64 лет. Мужчин было 13, женщин - 29. Длительность АГ составляла 10.2 ± 2.3 года и колебалась от 3 до 12 лет. Средние цифры САД составили 168.4 ± 10.9 ; ДАД - 97.6 ± 9.5 мм рт.ст. Вторичная АГ исключалась по данным клинического, лабораторного и инструментальных методов исследования. Индекс массы тела был 29.2 ± 6.9 г/м².

Всем больным проводились ЭКГ, УЗИ сердца. За нормальные значения индекса массы левого желудочка (ИМЛЖ) принимали для женщин — менее 110 г/м², для мужчин - менее 134 г/м². Относительная толщина стенок (ОТС) ЛЖ определялась по формуле: $ОТС = (ТМЖП + ТЗСЛЖ) / КДРЛЖ$, где ТМЖП - толщина межжелудочковой перегородки, ТЗСЛЖ - толщина задней стенки ЛЖ, КДРЛЖ - конечный диастолический размер ЛЖ. Концентрическая ГЛЖ диагностировалась при $ОТС \geq 0.45$, эксцентрическая - при $ОТС < 0.45$. Определялись время изоволюметрического расслабления (ВИВР), мсек; максимальная скорость кровотока в фазу раннего наполнения (Е), максимальная скорость кровотока в фазу позднего наполнения (А) и их соотношение (Е/А).

Результаты. Установлено, что по данным ЭКГ и УЗИ сердца ГЛЖ выявлена у половины больных (50%), из них концентрическая гипертрофия у 80.6%, эксцентрическая - у 19.4%. Нарушение диастолической функции левого желудочка найдено у 52.4% больных, соответствовавших классическому типу. ТЗСЛЖ составила 10.11 ± 1.6 мм; ТМЖП - 10.9 ± 1.7 см, КДРЛЖ - 48.9 ± 4.2 мм, ОТС - 0.43 ± 0.08 , Е - 0.77 ± 0.18 м/с; А - 0.8 ± 0.16 м/с; Е/А - 1.03 ± 0.2 , ВИВР - 104.1 ± 8.9 мсек. Выявлено, что частота нарушения диастолической функции ЛЖ была наиболее выражена при концентрической гипертрофии левого желудочка ($p < 0.05$): Е/А при КГЛЖ была 0.90 ± 0.19 ; ВИВР - 113.4 ± 9.6 ; при ЭГЛЖ - Е/А - 106.2 ± 8.0 , ВИВР 104.9 ± 8.0 . Таким образом, при концентрической ГЛЖ в большей степени нарушается активное расслабление ЛЖ и в меньшей степени соотношение максимальной скорости кровотока в фазу раннего наполнения к максимальной скорости кровотока в фазу позднего наполнения ЛЖ.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИКОРАНДИЛА У ЖЕНЩИН С ИБС

Гусейнова Р.К., Кудяев М.Т., Атаева З.Н., Ахмедова Д.А.,
Магомедов А.З., Османова А.В., Каллаева А.Н.,
Шамилова С.Г., Салаватова Х.И., Газиева П.А.

Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Цель исследования. Оценить эффективность препарата кординик (никорандил) у женщин с ИБС, его влияние на показатели церебральной гемодинамики и качество жизни.

Материалы и методы. 50 женщин в возрасте от 67 до 75 лет со стабильной стенокардией напряжения III ФК, с артериальной гипертонией III стадии (длительностью более 20 лет), постинфарктным кардиосклерозом. Пациентки были распределены на 2 группы. В контрольной группе терапия осуществлялась бисопрололом, трандолаприлом, аторвастатином, антиагрегантами. В основной группе был добавлен препарат кординик 20 мг 3 раза в сут. Исходно и через 12 месяцев оценивались: параметры суточного мониторирования ЭКГ, показатели велоэргометрии, частота применения нитроглицерина/нитроспрея, транскраниальная доплерография, качество жизни с использованием мини опросника по оценке психологического статуса (MMSE).

Результаты. В группе кординика повысилась толерантность к физической нагрузке на 47 Вт, снизилась максимальная степень депрессии ST с 1,7 мм до 1,1 мм, количество и продолжительность эпизодов ишемии миокарда, число требуемых доз нитроспрея уменьшилось в 2 раза ($p < 0,05$). Нежелательные эффекты отмечены только в контрольной группе. В основной группе частота госпитализаций по поводу развития прогрессирующей стенокардии была значительно меньше по сравнению с группой. В группе кординика линейная скорость кровотока по среднемозговой артерии увеличилась на 7,5 см/с, в передней и в задней мозговых артериях увеличилась на 6 см/с ($p < 0,05$). В группе кординика отмечено улучшение показателей качества жизни по полноценности ощущения жизни и общего уровня психического здоровья ($p < 0,05$).

Выводы. Кординик эффективный антиангинальный препарат, уменьшающий частоту приступов стенокардии, количество потреб-

ляемого нитроглицерина, число госпитализаций, улучшающий кровоснабжение головного мозга и повышающий качество жизни, хорошо переносится и может быть рекомендован пациенткам со стенокардией.

ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЗБЫТОЧНО ПОДАТЛИВОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА

Гусенов С.Г., Азизов К.А., Аталаев М.М.

Кафедра ортопедической стоматологии, кафедра хирургической стоматологии и челюстно–лицевой хирургии с усовершенствованием врачей ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Обследование слизистой оболочки у пациентов, утративших все зубы на одной или обеих челюстях, часто выявляет наличие так называемого «болтающегося альвеолярного гребня» (4-й класс по Суппле), занимающего более или менее обширные участки альвеолярного отростка. Иногда весь альвеолярный отросток покрыт «болтающейся» слизистой оболочкой.

Нами при обследовании слизистой оболочки у 250 пациентов старше 70 лет, утративших все зубы на одной или обеих челюстях, в 47 случаях на верхней челюсти и в 4 случаях на нижней челюсти выявлено наличие «болтающейся» слизистой оболочки альвеолярного отростка.

В 45 случаях на верхней челюсти и в 7 случаях на нижней челюсти избыточно податливая слизистая оболочка покрывала отдельные участки альвеолярного отростка челюстей. В 86 случаях на верхней челюсти и в 6 случаях на нижней челюсти это были передние участки альвеолярного отростка. В 3 случаях на верхней челюсти и в 7 случаях на нижней челюсти избыточно податливая слизистая оболочка отмечена в боковых отделах альвеолярного отростка. В 9 случаях *избыточно* податливая слизистая оболочка покрывала весь альвеолярный отросток верхней челюсти, в 8 случаях – весь альвеолярный отросток нижней *челюсти*.

Наличие избыточно *податливой* слизистой оболочки на *альвеолярном* отростке верхней челюсти у лиц, имеющих естественные зубы на нижней *челюсти*, встретились у 33 человек. У одного человека

естественные зубы были на верхней *челюсти*, а избыточно податливая слизистая оболочка занимала передний участок беззубой нижней *челюсти*.

Обследование больных, имеющих *избыточно* податливую *слизистую оболочку* альвеолярного отростка, *выявило также*, что в зависимости от видимых причин ее возникновения пациентов можно распределить на следующие группы:

1) лица, утратившие *зубы* на одной из челюстей, но имеющие или долгое время имевшие на противоположной челюсти естественные зубы;

2) лица, пользовавшиеся или пользующиеся неудовлетворительными съемными протезами; а) с плохой фиксацией, неправильно распределенной *нагрузкой* по протезному ложу, б) с травматической окклюзией из-за конструктивно неточной постановки зубов или из-за стираемости пластмассовых зубов;

3) лица, утратившие зубы на одной из челюстей, но имеющие или долгое время имевшие естественные зубы на противоположной челюсти и пользовавшиеся или пользующиеся неудовлетворительными съемными протезами;

4) лица, у которых причиной возникновения болтающейся слизистой оболочки альвеолярного отростка является пародонтоз, или причины не выявлены.

Следует отметить, что ни в одном случае из 92 у больных, никогда не пользовавшихся съемными протезами на верхней челюсти, и из 48 больных, никогда не пользовавшихся съемными протезами на нижней челюсти, нами не обнаружено «болтающейся» слизистой оболочки альвеолярного отростка.

По нашим данным наиболее частой причиной возникновения «болтающегося» альвеолярного отростка на верхней челюсти является пользование неудовлетворительными съемными протезами – 59 человек. У 8 человек причиной возникновения «болтающегося» альвеолярного гребня на верхней челюсти являлось наличие естественных зубов на нижней челюсти. У 25 человек – выявлено наличие естественных зубов на нижней челюсти и неудовлетворительный полный съемный протез на верхней челюсти. У 2 человек причины возникновения «болтающегося» альвеолярного гребня на верхней челюсти выявить не удалось. На нижней челюсти наиболее частой причиной возникновения «болтающегося» альвеолярного

отростка нами определено: пользование неудовлетворительными съемными протезами – в 15 случаях, у одного человека имелись естественные зубы на верхней челюсти.

Имеющиеся зубы на одной из челюстей создают силовое превалирование этой челюсти и, в конечном счете, травматическую окклюзию, являющуюся причиной быстрой атрофии альвеолярного отростка. Превалирование выносливости пародонта зубов к давлению над выносливостью слизистой оболочки усугубляет положение, также в свою очередь ускоряя в отделе альвеолярного отростка противоположном имеющимся зубам, процессы атрофии.

Таким образом, неудовлетворительная фиксация протезов, задержка свободного скольжения зубных рядов во время функции, другие конструктивные недостатки в постановке зубов, стираемость пластмассовых зубов – все это приводит к неправильному распределению жевательного давления, движению протезов во время функции, также создавая в итоге необычную по силе и направлению функциональную нагрузку, приводит к быстрой атрофии альвеолярного отростка, опережающей атрофии слизистой оболочки и образованию «болтающегося» альвеолярного гребня.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ БЕЗ ДИСТАЛЬНОЙ ОПОРЫ

Гусенов С.Г., Кишев М.М., Азизов К.А.

Кафедра ортопедической стоматологии, кафедра стоматологии
ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Проблема конструкции опорно-удерживающего кламмера и способа соединения его с базисом бюгельного протеза до настоящего времени остается актуальной. Большинство конструкций кламмеров, применяемых в настоящее время, соединяются с седлом протеза (без дистальной опоры) по типу рычага первого рода. Все они лишь незначительно изменяют соотношение нагрузки на опорный зуб и слизистую оболочку альвеолярного отростка челюсти. В последнее время многие авторы рекомендуют опорную часть кламмера размещать на мезиальной части жевательной поверхности опорного зуба, а также применение дробителей нагрузки с целью

устранения опрокидывающего воздействия опорно-удерживающего кламмера и более равномерного распределения жевательного давления на ткани протезного ложа и оставшиеся зубы. В течение трёх лет при протезировании одно- и двухсторонних дефектов зубных рядов без дистальной опоры мы применяем телескопические коронки с пружинистыми кламмерами, соединенными с каркасом бюгельного протеза по типу рычага второго рода.

Материал и методика. За период с 2016 года по 2019 год нами изготовлено 20 опирающихся протезов (15 протезов на нижнюю челюсть, 5 протезов на верхнюю челюсть) с телескопическими коронками и пружинистыми кламмерами. Пружинистую телескопическую систему фиксации мы применяли при дефектах зубного ряда 1 класса по Кеннеди и интактного зубного ряда противоположной челюсти. Опорными зубами для телескопических коронок и кламмеров во всех случаях были премоляры. До протезирования проводился тщательный клинико-рентгенологический анализ состояния тканей периодонта оставшихся зубов, степень атрофии альвеолярных отростков, слизистой оболочки протезного ложа. Предпочтение для протезирования с указанной системой фиксации отдавалось при наличии устойчивых премоляров с непораженным периодонтом и равномерной атрофии гребней альвеолярных отростков. Пружинистая телескопическая система представляет собой совокупность двух телескопических коронок и пружинистого кламмера. Телескопические коронки изготавливали по общепринятой методике: колпачок — внутренняя коронка и наружная коронка со всеми присущими ей анатомическими особенностями (жевательная поверхность, выраженный экватор, контакт с рядом стоящим естественным зубом и другие).

Пружинистый кламмер изготавливался из кламмерной проволоки диаметром 1,5—2 мм, т.к. гнутая кламмерная проволока обладает более выраженными рессорными свойствами, чем литой кобальт-хромовый кламмер того же диаметра. Плечо пружинистого кламмера спаивалось с наружной телескопической короной в нижней ее трети с орально-мезиальной ее поверхности. Место соединения определялось с точки зрения воздействия вертикальных и горизонтальных сил на внеальвеолярную часть опорного зуба. Тело пружинистого кламмера спаивалось с каркасом бюгельного протеза, расположенного над гребнем альвеолярного отростка челюсти. В

последующем тело пружинистого кламмера погружалось в пластмассу седловидной части протеза.

Результаты исследования. Клинико-рентгенологические исследования проводились в интервалах через 6—12—18—24 месяца. Результаты заносились в специально разработанные карты. В течение всего периода наблюдения только в двух случаях проводилась коррекция протезов, которую мы связываем с анатомическими особенностями слизистой оболочки полости рта. После проведения соответствующих исправлений, жалоб со стороны пациентов не было. Рентгенологическими исследованиями опорных зубов в контрольные сроки каких-либо существенных признаков изменения и поражения их периодонта, а также костной ткани альвеолярных отростков в области отсутствующих зубов не выявлено. Слизистая оболочка протезного ложа, кроме двух из двадцати, без видимых изменений. С целью определения функциональной ценности, а также жевательной эффективности таких протезов проводилась жевательная проба по Рубинову через 1 год пользования протезами. Результаты исследования жевательной эффективности протезов с пружинистой телескопической системой фиксации обработаны вариационно-статистическим методом. Средний статистический процент жевательной эффективности равен 97%. Жалоб на неудобства при пользовании протезами с указанной системой фиксации не было. У пациентов отмечались положительные отзывы как в функциональном, так и в эстетическом отношении.

На основании проведенных клинико-рентгенологических исследований состояния опорных зубов, тканей их периодонта, слизистой оболочки полости рта, жевательной эффективности у лиц, пользующихся съёмными опирающимися протезами с пружинистой телескопической системой фиксации, можно отметить, что протезы с пружинистой телескопической системой крепления обеспечивают прочную и рациональную опору и удерживание их на челюсти.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОЦЕЛЕ

Гусниев Н.М., Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М.,
Абдуселимов Т.А., Михайлов С.М.

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Водянка оболочек яичка является одним из самых распространенных андрологических заболеваний. Гидроцеле встречается у 1,5 – 3,9% мужчин вне зависимости от возраста. Проблема его лечения весьма актуальна, что обусловлено широкой распространенностью болезни и отсутствием единого мнения в отношении выбора метода терапии. В настоящее время наиболее предпочтительным при лечении гидроцеле считаются операции Винкельмана и Бергмана. Эти операции сравнительно трудоемки и травматичны, сопровождаются значительным отеком и гематомами мошонки, что сказывается на длительности пребывания больных в стационаре с потерей трудоспособности. Тем не менее, у взрослых мужчин с крупными и рецидивными водянками они остаются методом выбора. Несмотря на вышесказанное, считаем оправданными поиски более эффективных и менее травматичных методов лечения, позволяющих избежать вышеназванных осложнений, сократить время пребывания в стационаре, особенно у мужчин с не очень крупными размерами водянки.

В настоящей работе представлен анализ лечения 356 больных, находившихся на стационарном лечении в Республиканском урологическом центре за последний 25 лет. Первую группу составили 298 пациентов, которым выполнены операции Винкельмана (195) и Бергмана (103). Во вторую группу вошли 58 больных, которым проведена операция Росса (58). Возраст мужчин колебался от 15 до 80 лет. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 10 лет. Результаты лечения прослежены в сроки от 1 до 12 лет.

При выполнении операции применяли мошоночный доступ. После операции Винкельмана отек возник у 46 (25%), гематома у 5 (3,7%) и эпидидимоорхит у 2 (1%) больных. Средний койко-день составил 9,2. После операции Бергмана, которая выполнялась при крупных, инфицированных и рецидивных водянках, отёк мошонки выявлен у 15 (14%), гематома у 4 (3,7%) и эпидидимоорхит у 1 (0,8%) пациентов. Средний койко-день составил 10,4. При выполнении этих операций подготовка и иссечение общей влагалищной

оболочки сопровождается значительной травмой, что сказывается в дальнейшем на послеоперационном течении. Остаются грубые рубцы, нередко возникают эпидидимоорхиты с длительным течением. Этому способствуют большая растяжимость тканей мошонки и оставшееся в ней после операции свободное пространство, в котором скапливаются экссудат и кровь. Адекватное дренирование раны избавляет от гематомы и предотвращает присоединение инфекции. Возникающие осложнения приводят к увеличению продолжительности пребывания больных в стационаре.

В последнее время по определенным критериям (молодой возраст, относительно небольшие размеры водянки) мы стали чаще применять малотравматичную операцию Росса, она является аналогом операции «окошко» Кальба впервые предложенной в 1916 году для больных, страдающих асцитом. Преимуществом этой методики является то, что водяночный мешок не выделяется из окружающих тканей и практически исключается повреждение сосудов и образование гематом. После вскрытия гидроцеле на влагалищной оболочке вырезают небольшое окошечко. В послеоперационном периоде лишь у 2 больных наблюдали небольшой отек мошонки. Ни разу не отмечено появление послеоперационной гематомы, эпидидимоорхитов и не было рецидивов водянки. Средний койко-день составил 4,4. Следовательно, послеоперационный койко-день и осложнения после операции Росса («окошко» Кальба) достоверно ниже, чем при операциях Винкельмана и Бергмана. Необходимо отметить, что операция Росса легко выполняема лишь при малоизмененной собственной влагалищной оболочке, когда она тонкая и подвижная. Противопоказанием к операции является многокамерность и инфицированность водянки.

Одним из малоинвазивных методов лечения гидроцеле является пункция и склеротерапия. Данную методику мы использовали в двух случаях с небольшими водянками, когда больные в виду некоторых обстоятельств, просили оказать помощь быстро и в амбулаторных условиях. Пункцию гидроцеле осуществляли с помощью подключичного катетера, через который эвакуировали содержимое и на 20 минут вводили 96% этиловый спирт в количестве 50% от удаленной жидкости. Однако после такого вмешательства приходилось применять повторные сеансы склеротерапии, что удлиняет сроки лечения.

Таким образом, при лечении неосложненных форм гидроцеле наиболее щадящим и малотравматичными является операция Росса («окошко» Кальба). Они просты и эффективны, практически не дают осложнений. В случае невозможности их выполнения (выраженные изменения собственной влагалищной оболочки, инфицированность, многокамерность водянки) целесообразно производить операции Винкельмана или Бергмана.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФОРМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ

**Гусниев Н.М., Арбулиев К.М., Рамазанов М.Р.,
Магомедов М.Г.**

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Медицинские аспекты репродукции населения за последние несколько десятилетий в развитых странах приобрели социально-государственное значение. Около 20% супружеских пар остаются бездетными, а у 45% семей возникают проблемы с рождением второго ребенка. Мужской фактор в бесплодном браке составляет от 40 до 60% и имеет тенденцию к росту. В большинстве случаев (70-80%) встречается секреторная форма мужского бесплодия (МБ), одной из причин которой является уменьшение кровоснабжения (ишемия) яичек. К этому могут привести перекрут семенного канатика, крипторхизм, паховая грыжа, гидроцеле, травма яичек и семенного канатика, сдавление сосудов семенного канатика после грыжесечения и других операций, а также облитерирующие заболевания артерий с вовлечением в процесс артерий яичек.

Для улучшения кровоснабжения и трофики тестикул выполняется операция реваскуляризация яичек. Операция в 1972 г была предложена А.И.Лесиным и предполагает перевязку нижних эпигастральных артерий с двух сторон. Ю.М.Кудрявцев и В.М.Панченко (1999) подтверждают положительные результаты этой операции. А.А.Артюхин (2003) предлагает лечение секреторных форм МБ путем не прямой (кремастерной) реваскуляризации яичек. Однако выше перечисленные методы инвазивные и поэтому нами предложен неоперативный способ создания дополнительного притока артериальной крови к яичкам.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с МБ.

Материалы и методы. За последние 25 лет наблюдали 32 мужчин с секреторной формой МБ в возрасте от 20 до 54 лет. Всем пациентам выполнялись общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, взятие мазка и секрета простаты, спермограмма, определение гипофизарных и половых гормонов, ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки. Лабораторные исследования проводили в ЦНИЛ Дагмедакадемии. Лечение МБ трудная задача. Поэтому для улучшения результатов терапии этого недуга нами предложен механический способ, который способствует стимуляции тестикулярного кровотока (заявка №202112556). Сущность заключается в следующем: 1) сначала под пупартовой связкой ручным или аппаратным способом передавливают обе бедренные артерии в течение 1 мин. Всего в день проводится 4 сеанса по 6 процедур каждый на протяжении 7 дней; 2) последующие 7 дней сдавливают бедренные сосуды 3 мин. по 4 сеанса из 6 процедур каждый; 3) остальные 7 дней сдавливают бедренные артерии в течение 5 мин. по 4 сеанса в день, каждый сеанс состоит из 4 процедур. Перерыв между процедурами 1 мин.

Результаты и выводы. Предложенным способом проведено комплексное лечение 32 мужчинам с секреторным бесплодием. В результате терапии у 27 (82%) больных улучшились параметры спермограммы, а у 2 родились дети. Таким образом, предложенный способ стимуляции тестикулярного кровотока позволяет улучшить результаты лечения секреторной формы мужского бесплодия.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ I, II И III СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В РАННЕМ ПОСТКОМПРЕССИОННОМ ПЕРИОДЕ

Далгатова А.А., Далгатова Г.А., Горелова В.Г.

Кафедра патологической физиологии ФГБОУ ВО ДГМУ

Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Синдром длительного сдавления (СДС, краш-синдром, травматический рабдомиолиз) занимает важное место в общей структуре травматизма, поскольку техногенные и геологиче-

ские катастрофы сопряжены с увеличением случаев сдавления мягких тканей, прежде всего поперечно-полосатых мышц. Исход и прогноз СДС во многом зависит от состояния общей реактивности организма, где ведущая роль принадлежит системе иммунитета [2, 5]. На сегодняшний день существуют достаточно убедительные данные, свидетельствующие о патогенетической значимости изменений в системе врождённого и адаптивного иммунитета при СДС [1, 2, 3]. Однако высокий процент летальности при тяжёлых формах СДС, соответственно, недостаточная клиническая эффективность комплексной терапии пострадавших, немалый процент осложнений, прежде всего в отношении почечной патологии в позднем посткомпрессионном периоде СДС, свидетельствуют о недостаточном нашем знании этого патологического состояния [1, 4].

Цель исследования. Оценить патоморфологические изменения в почках при синдроме длительного сдавления I, II и III степени тяжести в раннем посткомпрессионном периоде.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на белых крысах-самцах Вистар 8-12 месячного возраста, массой 150-180 г. Модель СДС воспроизводилась у крыс путём наложения металлических тисков с площадью сдавливающей поверхности 5-6 см². Уровень кортизола в сыворотке крови определяли на наборах твёрдофазного ИФА “Rat cortisol ELISA Kit” компании “CUSABIO”, кат. №CSB-E05112 г. Результаты анализов CD3G, CD19 и кортизола замерялись на многоканальном спектрофотометре Stat Fax 2600, AWRENESS, Technology Inc. USA в двухволновом режиме, основной фильтр – 450 нм, референс-фильтр – 540 или 570 нм, и выражались в нг/мл.

Результаты и обсуждение.

1-я ст. СДС. Макроскопически почки были увеличены, капсула напряжена. Кортикальный слой резко отличался от темно-красных пирамид. Отмечалось застойное полнокровие сосудов преимущественно венозной интермедиальной зоны и пирамид. Капилляры клубочков находились в спавшемся состоянии. В проксимальных канальцах местами отмечалось скопление вакуолизированных гомогенных масс с примесью цилиндров. Встречались эпителиоциты в состоянии зернистой дистрофии. Пространство Шумлянского многих почечных телец было сужено. В интерстиции отмечался лимфостаз, преимущественно в интермедиальной зоне.

2-я ст. СДС. Макроскопически почки были отечные, капсула напряженная, на разрезе серовато-коричневого цвета с резким выделением границы коркового и мозгового слоя. Проксимальные канальцы заполнены гомогенными массами с примесью цилиндров. Ядра эпителиоцитов слабо окрашены, пикнотичные, в отдельных группах проксимальных канальцах эпителиоциты в состоянии некробиоза. В почечных канальцах отмечалось выраженное сужение пространства Шумлянского с дегенеративными изменениями подоцитов. В интерстиции отмечался отек с примесью лейкоцитов. Определялись очаги деструкции мембран дистальных канальцев.

3-я ст. СДС. Почки увеличены с мелкими вкраплениями на капсуле. Капсула сохраняет напряженность, граница между корковым слоем и пирамидами визуально стерта. Проксимальные канальцы расширены, эпителиоциты проксимальных канальцев в состоянии некробиоза. Встречаются цилиндры и очаговые деструктивные изменения базальных мембран преимущественно в дистальных отделах канальцев. Ядра в отдельных клетках отсутствуют. Капилляры клубочков полнокровны, фагоциты дистрофичны, отмечается расширение дистальных канальцев. Отмечается усиление отека, интерстиция с лейкоцитарной инфильтрацией. Встречаются очаги геморрагий.

Литература:

1. Liesz A, et al. Regulatory T cells are key cerebroprotective immunomodulators in acute experimental stroke // *Nat. Med.* -2009. –V.15. –P.192–199.

2. Ефремов А. В., Радустов В. Ю., Самсонова Е. Н. и др. Клеточные реакции периферической крови, бронхоальвеолярной и лаважной жидкости в динамике декомпрессионного периода экспериментального синдрома длительного сдавления. // *Вестник новых медицинских технологий* – 2004. –Т. 11 - № 4. -С. 20-22.

3. Hoth J.J., Hudson W.P., Brownlee N.A. et al. Toll-like receptor 2 participates in the response to lung injury in a murine model of pulmonary contusion // *Shock* –2007. –V.28. -№4. –P.447–452.

4. Prince J.M., Levy R.M., Yang R. et al. Toll-like receptor-4 signaling mediates hepatic injury and systemic inflammation in hemorrhagic shock // *J. Am. Coll. Surg.* -2006. –V.202. -№3. –P.407–417.

5. Storgaard M., Rasmussen K., Ebskov B. Traumatic rhabdomyolysis. Physiopathology and treatment // *Ugeskr. Laeger.* –1998 –V.160. -№7. -P.987-990.

ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ НЕЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

**Закариев З.М., Ашурлаев К.М., Османов А.О., Исаев Х.М.-Р.,
Хандулаев Ш.М., Закариев М.-Р.З.**

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии ФГБОУ ВО
ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Редкие причины острых гастродуоденальных кровотечений (ГДК) встречаются в 30-40% по отношению к всем кровотечениям желудочно-кишечного тракта и имеют тенденции к их росту. Существуют множество классификаций ГДК и деление всех кровотечений на отдельные группы необходимо для того, чтобы легче разобраться во всем многообразии причин и особенностей этого осложнения, для выработки более рациональных приёмов диагностики и определения врачебной, хирургической тактики.

Из многообразия язвенного желудочно-кишечного кровотечения, анализу подвергнуты пациенты наиболее частых из редких форм, которые получали лечение в хирургических (№ 1-3) отделениях клиники ГБУ РКБ-ЦСЭМП за последние 3 года, что составило 20% по отношению ко всем гастродуоденальным кровотечениям.

Острый эрозивный гастродуоденит отмечено у 68 пациентов, т.е. 6% по отношению к всем желудочно-кишечным кровотечениям и 30% по отношению к редким желудочным кровотечениям. Причиной развития заболевания пациенты считали нерегулярное питание, питание всухомятку, частое употребление острой пищи. Диагноз ставился на основании клиники и верифицировался на основании эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС) на слизистой, большей частью по большой кривизне, определяются множество разнокалиберных эрозивных высыпаний, некоторые из них кровоточат. Тактика введения пациентов и лечение заключалось в назначении строго по показаниям гемостатической терапии, стандартом в лечении является противоязвенная терапия, покой и холод в эпигастрии. В первые трое суток установка назогастрального зонда (НГЗ), как контроль гемостаза. В некоторых случаях назначался внутрь смесь из: 0,1% раствора норадrenalина 2,0 + 2% р-р димедрола 2,0 + аминокaproновая кислота 100 мл. по 1 столовой ложки 3 раза в сутки в течении двух суток. Длительность пребывания в клинике 7-10 к/дня. Выписаны с рекомендациями на амбулаторное лечение по месту жительства.

Синдром Меллори-Вейса установлен у 64 пациентов. Размер надрыва слизистой колебался от 0,5 до 1,5 см., причиной чего являлся насильственная рвота в целях промывания желудка. Одиночные надрывы у 49 (76,6%), два и более у 15 (23,4%). Диагноз выставлялся на основании ЭФГДС и проводил комбинированный гемостаз. У троих пациентов связи с продолжением поступления свежей крови по назогастральному зонду, эндоскопический комбинированный с использованием гелия гемостаз, выполнен 3-хкратно и в одном случае для восполнения ОЦК пациенту перелита 2 дозы свежей эритроцитарной массы. Все пациенты одновременно с комбинированным гемостазом получали и противоязвенную терапию и по завершении лечения выписаны в удовлетворительном состоянии.

Наиболее редкими и трудными в диагнозе явились пациенты с болезнью Дъелафуа (в основе данного заболевания лежит аневризмы мелких артерий подслизистого слоя желудка). У 16 пациентов без язвенного анамнеза и других причин среди полного здоровья появилась слабость, тошнота, что завершилась рвотой кровью. С диагнозом желудочно-кишечное кровотечение в приёмное отделение ГБУ РКБ-ЦСЭМП доставлены машиной скорой помощи 11 и самостоятельно за медицинской помощью обратились 5 пациентов. При осмотре имело место бледность кожных покровов, низкие показатели А/Д – 100/60 мм.рт.ст., пульс 86-90 ударов в минуту, Нв - 110-100 г/л, Нгс–35%. Для уточнения диагноза по срочным показаниям выполнена фиброгастроскопия, где у всех пациентов в полости желудка выявлена кровь со сгустками. Установить источник кровотечения не представилось возможным и решено повторить исследование после промывания желудка с назначением эритромицина 150 мг. в/в для ускорения эвакуации содержимого желудка. Повторное исследование через 30-40 мин. При исследовании отмечены характерные эрозии в кардиальной части слизистой оболочки желудка округлой 5(31,2%), овальной 4 (25,0%) и звёздчатой 7(43,8%) формы, на дне которых артериальный сосуд. Выставлен диагноз болезнь Дъелафуа, эндоскопический комбинированный гемостаз с обкалыванием подозрительных мест кровотечения, для контроля гемостаза установлен НГЗ. В 3(18,8%) случаях после эндогемостаза отмечен рецидив профузного кровотечения. У 2-х из них повторный эндоскопический гемостаз положительного эффекта не

имело и в области кровотечения оставлена метка путём эндоскопической диатермокоагуляции, выполнена операция: лапаротомия, гастротомия с прошиванием сосудов области кровотечения. Послеоперационное течение гладкое. В одном случае после массивного кровотечения наступила декомпенсация, с развитием ДВС синдрома, интенсивная гемостатическая и общеукрепляющая терапия успеха не дала, и завершился летальным исходом. При рентген-контрастном мезентерикографии, выполненной у шестерых пациентов, в кардиальной части желудка выявлены участки деформации в виде расширения и выпячиванием стенок артерий, что верифицирует вышеуказанный диагноз. Динамическое наблюдение в клинике, рецидивов кровотечения нет и пациенты выписаны на амбулаторное наблюдение по месту жительства с рекомендациями.

Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода по причине цирроза печени портальной гипертензии отмечено у 15 пациентов. Длительность анамнеза 5-6 лет, кратность кровотечения у 10 (66,7%) пациентов двукратное и у 5 (33,3%) больных трёхкратное. Мужчин – 12 (80,0%), женщин – 3 (20,0%), возраст колебался в пределах 45-75 лет. По шкале тяжести Чайльд-Пью у 10 (66,7%) стадия «С»-декомпенсация и у 5 (33,3%) стадия «В»-субкомпенсация. Вирусный цирроз печени у 11 (73,3%) и у 4 (26,7%) алкогольной этиологии. Состояние всех пациентов тяжёлое, с явлениями энцефалопатии, Hb – 35 г/л, Htc - 16%, А/Д- 90/40 мм.рт.ст. и пульс – 100-110 уд. в минуту. Пациенты госпитализированы в реанимационное отделение, где проводилось обследование и лечение больных. При эзофагогастроскопии выявлены наличие варикозно расширенных вен кардиального отдела пищевода второй у 8 (53,3%) и у 7 (46,7%) третьей степени, в просвете желудка кровь. В целях остановки кровотечения из расширенных варикозных узлов установлен зонд Блекмора с раздуванием желудочного и пищеводного манжеток. В комплекс медикаментозного лечения - инфузионно-трансфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды, эритроцитарная масса, СЗП, тромбоконтрата, ингибиторы протеаз и препараты для снижения портального давления: октреотид, соматостатин, терлипессин, диета № 5). После стабилизации состояния и повышения ОЦК в целях профилактики рецидива кровотечения 7 (46,7%) пациентам выполнена эндоскопическая склеротерапия и 8 (53,3%) эндоскопическое лигирование

варикозных узлов. Послеоперационный период у 7 (46,7%) завершилось летальным исходом, в том числе после склеротерапии у 4 (57,1%) и лигирования у 3 (42,9%). Причина профузное пищеводное кровотечение, печёночная недостаточность, энцефалопатия. Ухудшение состояния связано с нарушением диеты, приёма грубой пищи и в двух случаях употребление алкоголя.

Таким образом, пациентов с редкими формами гастродуоденальных кровотечений в практической деятельности хирурга и других смежных специалистов в последние годы встречаются довольно часто. В диагностике и лечении этих пациентов существенное значение имеет сроки обращения за медицинской помощью. Внедрение эндоскопических, рентген-эндоваскулярных методов и стандартов обследования существенно улучшилось качество диагностики и лечения этих пациентов.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Ибрагимов В.М., Алискандиев А.М., Сарвилина И.В.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала;

ООО «Медицинский центр «Новомедицина», г. Ростов-на-Дону

В России распространённость диабетической нефропатии (ДН) при сахарном диабете (СД) 2 типа составляет 8%. ДН приводит к развитию хронической болезни почек (ХБП). Диагностические маркеры (скорость экскреции альбумина, СЭА, скорость клубочковой фильтрации, СКФ) ДН имеют невысокую прогностическую ценность. Персонализированные режимы лечения ДН требуют точных методов анализа молекулярного патогенеза ХБП.

Целью исследования являлась оценка эффективности персонализированной фармакотерапии ХБП у пациентов с СД 2 типа.

Материалы и методы. В исследование включено 158 пациентов (82 мужчин, 76 женщин) 52-67 лет с СД 2 типа, ДН и ХБП С 1-5, получавших стандартную терапию (клинические рекомендации) в группах: I с (n=41), II с (n=40), III с (n=41), IV с (n=36). Контрольная группа - 20 здоровых лиц. Выполнены оценка жалоб пациента, физикального статуса, показателей доплеровского спектра почечных артерий, пре- и постпрандиальной концентрации глюкозы

крови (ПГТТ), уровня гликозилированного гемоглобина (Hb1Ac), расчет СЭА, соотношения альбумин/креатинин (А/Кр) в моче и СКФ (the Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration creatinine equation). Концентрация белков в образцах мочи измерялась методом иммуноферментного анализа. Анализ межмолекулярных взаимодействий выполнен с помощью STRING 10.0. Персонализацию выбора препарата проводили на основе анализа межмолекулярных взаимодействий в протеомном профиле мочи и механизма действия лекарства. Эффективность терапии оценивали через 6 месяцев. Статистический анализ данных выполнен с помощью «Statistica 12.0».

Результаты и их обсуждение. Персонализированное лечение ХБП у больных с ДН и СД 2 типа предполагало применение сахароснижающих лекарств на основе молекулярного профиля образцов мочи в группах пациентов: пациенты I п группы (n=41) с СД 2 типа, ДН и ХБП С 1-3а (СКФ ≥ 45 мл/мин/1,73 м²) с высокой концентрацией в моче церулоплазмينا, подоцина, матриксной металлопротеиназы 9 (ММП 9) принимали гликлазид МВ в дозе 30–120 мг/сут; пациенты II п группы (n=40) с СД 2 типа, ДН и ХБП С 1-3 а (СКФ ≥ 45 мл/мин/1,73 м²) с высокой концентрацией в моче Е-кадгерина, цистатина С принимали эмпаглифлозин в дозе 10-25 мг/сут; пациенты III п группы (n=41) с СД 2 типа, ДН и ХБП С 1-3а (СКФ ≥ 45 мл/мин/1,73 м²) с высокой концентрацией в моче макрофагального фактора хемоаттракции-1 (МФХ 1), липокалина-2, принимали комбинацию лираглутида в дозе 0,6-3 мг/сутки и гликлазида МВ в дозе 30–120 мг/сут, либо комбинацию гликлазида МВ в дозе 30–120 мг/сут и эмпаглифлозина в дозе 10-25 мг/сут; пациенты IV п группы (n=36) с СД 2 типа, ДН и ХБП С 3б-5 (СКФ < 45 мл/мин/1,73 м²) с высокой концентрацией в моче трансформирующего фактора роста $\beta 1$ (ТФР $\beta 1$), МФХ-1, липокалина-2, коллагена IV типа принимали вилдаглиптин в дозе 50-100 мг/сут, либо инсулин гларгин в дозе 100 ЕД/мл/сут. У всех пациентов через 3 месяца персонализированной терапии отмечены достоверная стабилизация показателей СКФ, эффективного почечного кровотока, почечного сосудистого сопротивления, концентрации глюкозы крови натощак и ПГТТ, достижение целевого уровня Hb1Ac, значимое снижение СЭА и соотношения А/Кр в моче, концентрации в моче церулоплазмينا, подоцина, ММП 9, Е-кадгерина, цистатина С, МФХ-1, липокалина-2 в группах

пациентов с СД 2 типа, ДН и ХБП С 1-3а, а также достоверное снижение концентрации ТФР β 1, МФХ-1, липокалина-2, коллагена IV типа в моче в группе пациентов с СД 2 типа, ДН и ХБП С 3б-5 по сравнению с периодом стандартной терапии.

Вывод. Персонализированные режимы терапии ДН при СД 2 типа позволяют предотвратить прогрессирование ХБП и способствуют снижению дозы сахароснижающих лекарств.

ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Исмаилов Э.С.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Для клинико-морфологической характеристики грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) в России широко использует классификация, предложенная в 1962 году Б.В.Петровским и Н.Н.Каншиным. По нашему мнению в некоторых разделах этой классификации степень морфологических изменений следует в большей степени детализировать, что позволит дифференцированно определять рациональное лечение.

Мы предлагаем деление кардиофундальных ГПОД на 3 степени:

А - пролабирование менее половины складок слизистой свода желудка в заднее средостение;

В - пролабирование половины складок слизистой свода желудка;

С - пролабирование более половины складок слизистой или складок всего свода желудка.

Учитывая клинико-рентгенологическую картину, при А-степени показано консервативное лечение, при В-степени - отсроченное хирургическое лечение, при С-степени - только хирургическое лечение.

Считаем, что и гигантские желудочные ГПОД должны разделяться не на 2, а на 3 степени:

1 степень: гигантские желудочные ГПОД по типу «песочных часов» - пролабирование в заднее средостение половины желудка; средняя треть тела желудка будет находиться на уровне расширенного пищеводного отверстия диафрагмы;

2 степень: гигантские субтотальные желудочные ГПОД - пролабирование в заднее средостение более половины желудка; нижняя треть тела или антральный отдел находится на уровне расширенного пищеводного отверстия диафрагмы;

3 степень: гигантские тотальные желудочные ГПОД - пролабирование всего желудка в заднее средостение.

Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы Б.В.Петровского и Н.Н.Канишина с предлагаемыми изменениями

I. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы скользящего (аксиального) типа:

1-я степень, пищеводная грыжа;

2-я степень, кардиальная грыжа;

3-я степень, кардио-фундальная грыжа:

А- пролабирование в заднее средостение менее половины складок слизистой свода желудка;

В- пролабирование в заднее средостение половины складок слизистой свода желудка;

С- пролабирование в заднее средостение более половины складок слизистой свода желудка или всего свода.

II. Грыжи пищеводного отверстия параэзофагеального типа:

1) фундальная;

2) антральная;

3) кишечная;

4) комбинированная кишечно-желудочная;

5) сальниковая.

III. Гигантские грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

1-я степень - гигантская ГПОД по типу «песочных часов»;

2-я степень - субтотальная желудочная грыжа;

3-я степень - тотальная желудочная грыжа.

IV. Короткий пищевод 1-й степени (кардия расположена не более чем на 4 см выше уровня диафрагмы) и 2-й степени (кардия расположена выше 4 см от диафрагмы):

1) приобретенный короткий пищевод;

2) врожденный короткий пищевод.

V. 1) Фиксированные ГПОД;

2) нефиксированные ГПОД.

ЛОКАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ЛЖ) У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ ПОКОЯ

Каллаева А.Н., Газиева П.А., Османова А.В.,
Гусейнова Р.К., Атаева З.Н., Салаватова Х.И.
Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Цель: изучить сегментарную электрическую активность ЛЖ у больных, перенесших тяжелые приступы НС покоя.

Методы исследования. Исследование проводили с помощью автоматического многополюсного ЭКГ – картирования сердца на приборе «Prtdictor DSM - 32» (США) и оригинальной методики оценки сегментарной электрической активности сердечной мышцы, разработанной сотрудниками РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ (г. Москва). Сегментарная электрическая активность ЛЖ была изучена у 29 больных, перенесших тяжелые приступы НС покоя.

Результаты. У всех 29 больных при поступлении в стационар были выявлены типичные электрокардиографические признаки выраженной ишемии миокарда передней стенки ЛЖ. Одновременно у 20 пациентов при ЭХОКГ – исследовании определились выраженные признаки локальной гипокинезии передней стенки, преимущественно в области верхушки, боковой и передне-базальной стенки ЛЖ. (методика сегментарной активности ЛЖ). В нашем исследовании наиболее значимый вклад в электрическую активность ЛЖ вносили верхушечный, боковой и нижний сегменты, максимальная амплитуда которых достигла 0,8-1,0мВ. Характерно, что разница в достижении максимумов положительного потенциала этих сегментов не превышала 3,0-3,5 мс, что свидетельствовало о почти синхронном возбуждении и, вероятно, сокращении этих сегментов, что является одним из важных факторов сохранения нормальной насосной функции ЛЖ.

(Атах) отдельных сегментов выявляли типичные ЭКГ – картографические признаки ишемических изменений миокарда ЛЖ, в том числе связанные с последствиями перенесенных эпизодов НС.

Так, регистрация ЭКГ – картограмм в покое в большинстве случаев в 1-2-х сегментах ЛЖ регистрировалось значительное локаль-

ное снижение электрической активности миокарда в виде уменьшения максимальной амплитуды положительных потенциалов (Аmax), отражающее наличие ограниченного участка хронической ишемии или фиброза сердечной мышцы.

Наиболее часто локальное снижение электрической активности (в среднем на 28-29% по сравнению с нормой, $p < 0,05$) наблюдалось в верхней части МЖП, верхушечном, передне-базальном и/или боковом сегментах ЛЖ.

В остальных сегментах ЛЖ наблюдалось значительное увеличение электрической активности (в среднем на 28%; $p < 0,05$), что отражало, вероятно, возникновение компенсаторной гиперфункции и гипертрофии миокарда данных сегментов.

Выводы. Таким образом, в нашем исследовании, так же как в работах посвященных изучению изменений сегментарной электрической активности ЛЖ у больных ИБС с постинфарктным кардиосклерозом было показано, что у большинства пациентов, перенесших тяжелые приступы ИС, выявляется локальное снижение электрической активности ЛЖ в покое и обусловленное наличием участков хронической ишемии или фиброзных изменений миокарда этой области (у 85,3% больных).

ИЗУЧЕНИЕ ГРАНИЦ ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Кишев М.М., Азизов К.А., Гусенов Г.Р.

Кафедра стоматологии ФПК ППС, кафедра ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Съемные пластиночные протезы, покрывающие полностью слизистую оболочку протезного ложа, обладают одним из существенных недостатков — теряется тактильная чувствительность. Поэтому, применение протезов облегченного типа, а в данном случае безнёбных, имеет свои положительные стороны.

Фиксация протеза на беззубой челюсти зависит от различных факторов, таких как выраженности альвеолярных отростков, верхнечелюстных бугров, формы неба, податливости слизистой оболочки, вязкости слюны и др. Силы, удерживающие протез на беззубой челюсти, можно объединить в физико-биологический метод.

Каждый из факторов данного метода способствует удержанию протеза на челюсти и влияет на величину границ протеза.

Материал и методы. Уменьшение границы полного съемного пластиночного протеза на верхней челюсти изучали на больных с I, II и III классами атрофии альвеолярных отростков. (Классификация И.М. Оксмана). Больным изготавливались полные съемные пластиночные протезы, а также протезы с уменьшенным базисом, причём, на протезах с уменьшенным базисом искусственные зубы ставились с наименьшим перекрытием окклюзионной поверхности.

Полученные данные явились отправным материалом при изучении показаний к применению безнёбных протезов на верхней челюсти.

Результаты и обсуждение. При изучении степени податливости слизистой оболочки твёрдого неба у лиц с полной утратой зубов было обнаружено, что слепо переносить эти данные на слизистую оболочку, когда она находится непосредственно под протезом, под действием сил, оказываемых на него, нельзя, так как под протезом взаимодействуют, если можно выразиться, одновременно все точки, в которых определяется степень податливости.

Рассмотрим, например: на протез действует сила, направленная в вертикальном направлении (больной сжимает челюсти). Протез вместе со слизистой оболочкой смещается в вертикальном направлении на величину, равную амплитуде вертикального смещения слизистой оболочки в зоне наименьшей податливости. Зоны рассматриваются в области гребня альвеолярного отростка, свода твёрдого неба, линии «А», т.е. в областях, находящихся в одной плоскости, но на разных уровнях, в которых действует вертикальная сила. В этот же момент по скату альвеолярного отростка будет действовать сила под углом (зона скольжения). Величина податливости слизистой оболочки в области шва твёрдого неба, например, равна величине податливости по линии «А» минус «Х», где «Х» - разница между этими величинами.

Другими словами, во всех точках, находящихся в одной плоскости, при оказании вертикального давления, протез-слизистая сместятся в вертикальном направлении на величину, равную величине вертикального смещения слизистой оболочки в зоне наименьшей податливости. Ведь почему протез на беззубой челюсти фиксируется лучше, если по линии «А» сделать гравировку модели или

снять разгружающий слепок, в области наименьшей податливости? Потому что протез будет более равномерно погружаться в слизистую оболочку, смещаться с ней в вертикальном направлении, одновременно приближаясь к костной основе, что, в свою очередь, усиливает действие сил, способствующих улучшению фиксации протеза.

При этом необходимо обратить внимание, и на постановку искусственных зубов, и вот, почему: угол сагиттального режцового пути, в среднем, равен 60° , следовательно, резцы верхнего протеза (ортогнатический прикус) имеют определенный угол наклона к вершине альвеолярного отростка. При откусывании (сила направлена вдоль оси зуба) можно проверить фиксацию заднего клапана протеза. Образуется рычаг: одно плечо равно расстоянию от режущего края резца до вершины альвеолярного отростка — вершина угла; второе плечо равно расстоянию от вершины угла до задней границы протеза.

Следовательно, если уменьшить угол между двумя плечами, а этого можно достигнуть, увеличив угол сагиттального режцового пути, выставив искусственные зубы с меньшим перекрытием, чем при ортогнатическом прикусе, то длину второго плеча можно уменьшить, укоротив заднюю границу базиса протеза.

Заключение. Для изготовления безнёбных протезов на верхнюю челюсть должны быть определенные условия:

во-первых, достаточно хорошо выражены альвеолярные отростки, верхне-челюстные бугры, глубокий свод нёба;

во-вторых, более равномерная податливость слизистой оболочки протезного ложа;

в-третьих, при постановке зубов перекрытие должно быть наименьшим.

СОВРЕМЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Кудаев М.Т., Магомедов А.З., Сулейманов С.Ш., Атаева З.Н.,
Ахмедова Д.А., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Шамилова С.Г.,
Бейбалаева А.М., Гаджиева Т.А., Амбоян А.С.

Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ

Минздрава России, г. Махачкала

Сердечная недостаточность (СН) является осложнением многих заболеваний. Это сложный клинический синдром, который характеризуется наличием либо снижения насосной функции сердца, либо значительного уменьшения его кровенаполнения. СН широко распространена в странах, среди населения которых наблюдается высокая заболеваемость артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). Распространенность ее значительно повышается с возрастом. Во всем мире сегодня насчитывается около 26 млн таких больных. Показатель выживаемости больных в развитых странах, несмотря на современное лечение, составляет в течение 5 лет около 50%.

В настоящее время пациенты с сердечной недостаточностью с низкой фракцией выброса (СНнФВ), которые были госпитализированы по поводу острой декомпенсации сердечной недостаточности (ОДСН), характеризуются высоким риском смерти (до 10% в год) и повторных госпитализаций по причине сердечной недостаточности (25% только за первые три месяца). Препарат Юперо® (валсартан+сакубитрил) показал в исследовании PIONEER-HF, что применение терапии сопровождалось существенным преимуществом по сравнению с эналаприлом в снижении уровня NT-proBNP уже в первую неделю от начала терапии. В нашей клинике препарат Юперо не применялся.

Цель работы. Оценить эффективность препарата Юперо в лечении больных с СН.

Материалы и методы. 27 больных мужчин с СН, обусловленной ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией. Средний возраст $64 \pm 1,2$ года. Все больные соответствовали СН IIa стадии, 3 ф/к по NYHA. Фракция выброса по данным эхокардиографии составляла в среднем $38,6 \pm 2,3\%$ по Симпсону. Проба с 6 ми-

нутной ходьбой – $158,6 \pm 7,2$ м. Было получено добровольное согласие пациентов на обследование и лечение. Из исследования были исключены пациенты с воспалительными заболеваниями миокарда, пороками сердца, обострением хронических заболеваний. Клинико-лабораторное и инструментальное обследование больных проводилось до начала лечения и через 10 дней после.

Результаты исследования. Контрольные исследования показали, что у больных уже через 10 дней наблюдалась положительная динамика изучаемых показателей. Проба с 6-минутной ходьбой увеличилась $270 \pm 8,2$ метров. Фракция выброса по Симпсону увеличилась до $46 \pm 3,5\%$. Клинические проявления СН в виде отеков нижних конечностей полностью регрессировали.

Выводы.

1. Юпериио увеличивает сократительную способность миокарда.
2. Юпериио может с успехом применяться для лечения пациентов с СНнФВ.

**КЛИНИКО–РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА
ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА
«АПЕКСДЕНТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО
ПЕРИОДОНТИТА**

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Пациенты с различными формами периодонтита составляют от 18 до 35% из общего числа обратившихся за стоматологической помощью. Характерно, что даже при полной obturации корневого канала зуба пломбирочным материалом ликвидация очага хронического воспаления в периодонте длится не один месяц и зависит от ряда факторов, в том числе от вирулентности бактерий и реактивности организма больного.

Современное течение деструктивных форм хронического периодонтита требует разработки новых подходов к диагностике и лечению заболевания с избирательным подбором медикаментозных препаратов для санации периапикального очага. Следует отметить, что традиционно используемые лекарственные вещества в раство-

рах оказывают лишь кратковременное действие на бактерии, находящиеся в дентине корня зуба, а временная пломба остается герметичной непродолжительное время. В связи с этим внутриканальная obturation препаратом гидроксида кальция может способствовать устранению подобных недостатков.

Целью исследования явилась клинико-рентгенологическая оценка эффективности гидроксидсодержащего препарата «Апексдент» (ЗАО «ВладМиВа») при лечении хронического периодонтита.

Под наблюдением находились 22 пациента (основная группа) в возрасте от 19 до 45 лет с деструктивными формами хронического периодонтита. Проведена сравнительная клиническая и рентгенологическая оценка ближайших результатов одноканального и отсроченного методов эндодонтического лечения 22 зубов: с хроническим гранулирующим периодонтитом – 10, с хроническим гранулематозным периодонтитом – 8, с хроническим периодонтитом в стадии обострения – 4. Контролем служили 12 зубов у 8 больных, которым эндодонтическое лечение осуществляли по традиционной методике.

В контрольной группе больным по традиционной методике проводили механическую и медикаментозную обработку корневых каналов зубов, с последующим наложением антисептической повязки с препаратом «Крезофен» под временной пломбой на 2 дня. Во второе посещение каналы пломбировали методом латеральной конденсации гуттаперчи.

В основной группе пациентам проводили механическую обработку корневых каналов зубов по методикам «Step-Bake» и «Crown-Down», ирригацию растворами гипохлорита натрия и ЭДТА, затем канал промывали изотоническим раствором хлорида натрия и высушивали бумажными штифтами, после чего корневой канал заполняли препаратом «Апексдент», зуб герметично закрывали временной пломбой. После окончания пролонгированной антисептической обработки системы корневого канала его пломбировали гуттаперчевыми штифтами с эндогерметиком под контролем рентгенографии. Оценку ближайших клинических результатов лечения и рентгенологический контроль проводили через 3, 6 и 9 месяцев после лечения.

Анализ результатов внутриканальной терапии показал, что при лечении хронического периодонтита с использованием препарата гидроксида кальция у пациентов основной группы в 8,3% случаев

были отмечены осложнения в виде умеренной болезненности при накусывании в ближайшие сроки (1-3 дня). В контрольной группе о клинической периодонтальной реакции сообщили 5 (41,2%) пациентов: у 3 (24,9%) – отмечали гиперемию и отечность по переходной складке, 2 (16,6%) – жаловались на болевой синдром в течение 5 дней, купированный противовоспалительными препаратами с предварительным распломбированием корневого канала.

Полученные результаты рентгенологического обследования демонстрируют, что применение гидроксида кальция с пролонгированным антисептическим действием на систему корневых каналов зуба привело к улучшению отдаленных результатов (через 9 месяцев) лечения деструктивных форм хронического периодонтита и сопровождалось частичным или полным восстановлением костной ткани (в 76,6% случаев). Восстановление рентгенологического рисунка костных структур в области очага деструкции при традиционном односеансном методе лечения было отмечено в 54,9% случаев.

Таким образом, применение отсроченного лечения при деструктивных формах хронического периодонтита с использованием гидроксидсодержащего препарата «Апексдент» с пролонгированным антисептическим действием на систему корневого канала зуба дает высокий терапевтический эффект и способствует снижению осложнений эндодонтического лечения в 3 раза по сравнению с традиционными методами лечения зубов. Методика применения кальцийсодержащих препаратов повышает клиническую эффективность эндодонтического лечения, способствуя ускоренной ликвидации хронического воспалительного процесса в периапикальных тканях.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПЛОМБ

Курбанова Э.А., Магомедов А.А.

Кафедра терапевтической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

В последние годы в стоматологической практике совершенствуется клиническая методика применения реставрационных пломбировочных материалов, и расширяются показания к их применению. Это связано с усовершенствованием свойств и выявлением новых механизмов их взаимодействия с тканями зуба. Краевая

проницаемость пломб – это главный фактор, определяющий срок службы материалов, так как нарушение краевого прилегания наиболее часто приводит к появлению дефектов и выпадению пломб.

Исходя из вышеизложенного, целью данной работы была оценка качества реставраций зубов на основе изучения краевой проницаемости пломб из композитных материалов при пломбировании полостей по V классу.

Проведена реставрация 46 зубов (полости по V классу) у 28 пациентов в возрасте от 18 до 45 лет. Для сравнительной оценки краевой проницаемости пломб были использованы микрогибридный светоотверждаемый композиционный материал Filtek Supreme (3M ESPE) и стеклоиономерный цемент химического отверждения Vitremer (3M ESPE). Подготовка и препарирование полостей, нанесение пломбировочного материала и обработка поверхностей пломб проводилась по общепринятой методике.

Оценку качества выполненных реставраций осуществляли непосредственно после выполнения реставрации, через 3, 6 и 12 месяцев. Клиническое определение качества реставраций производилось по критериям G. Ruge (1998).

Использовали 4 кода:

A — не выявлено признаков нарушения качества пломбирования зубов;

B — имеются небольшие признаки нарушения, но реставрация не требует замены;

C — выраженные нарушения, требуется замена реставрации;

D — крайняя степень нарушения: выпадение реставрации или необходимость перелечивания зубов по поводу осложненного кариеса.

Соответственно кодам выставлялся оценочный балл: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Исследование краевой проницаемости реставраций проводили электрометрическим методом, основанным на определении электропроводности области прилегания материала к тканям зуба, с использованием прибора «Дентэст» («Геософт», Москва).

Краевая проницаемость из композитного материала «Filtek Supreme» была обнаружена в 65,3% случаев и находилась в пределах от 0,5 до 1,4 мкА, ее среднее значение составило 0,68 мкА. Пломбы из стеклоиономерного цемента обладали краевой проницаемостью в 72,9% случаев, среднее значение составило 1,54 мкА.

Количество отличных результатов при пломбировании полостей композитом «Filtek Supreme» составило 55,6%, хороших — 24,9%, удовлетворительных — 16,6%, неудовлетворительных — 2,9%. При пломбировании СИЦ «Vitremer» оценочный балл «отлично» выставляли в 43,4% случаев, «хорошо» — 17,9%, «удовлетворительно» — 28,1%, «неудовлетворительно» — 10,6%.

Наилучшее клиническое состояние мы отметили у тех реставраций, где значения электрометрии были до 0,9 – 1 мкА. В отдельных случаях повышение электропроводимости до 2,0 мкА можно рассматривать как возможность разгерметизации и при обнаружении таких клинических изменений, как наличие «зондируемой» линии, пигментации края реставрации, а также «белой» полосы, обязательно следует проводить коррекцию этих проявлений.

При исследовании электрометрии в динамике практически во всех случаях: при рассмотрении в зависимости от вида диагноза, вида прокладочного материала – наблюдалось снижение электропроводности на границе реставрации в интервале до 3 месяцев от момента завершения работы с последующим постоянным ее возрастанием в течение года, что свидетельствовало о постепенном ухудшении краевого прилегания.

Среднее значение краевой проницаемости пломб из композитного светоотверждаемого материала Filtek Supreme незначительно ниже, чем у пломб из стеклоиономерного цемента химического отверждения Vitremer. Предложенные материалы могут быть использованы для реставраций зубов, в том числе для пломбирования полостей по V классу.

Таким образом, для достижения и сохранения успешного результата и высококачественной краевой адаптации реставрации необходимо учитывать вид пломбировочного материала, тяжесть и вид поражения и точно соблюдать технологию выполнения реставрации, а также осуществлять дальнейшее наблюдение за восстановленным зубом с целью предотвращения клинических нарушений или их коррекции. Электрометрический метод определения краевой проницаемости в области прилегания реставраций дает возможность получить объективные оценки для исследования влияния различных факторов относительно друг друга при лечении зубов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОвого ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Магомедов А.З., Кудаев М.Т., Ахмедова Д.А., Атаева З.Н.,
Амбоян А.С., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Гаджиева Т.А.,
Шапилова С.Г., Бейбалаева А.М.

Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Бронхиальная астма (БА) – гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей (ДП), бронхиальной гиперреактивностью и рецидивирующими симптомами дыхательного дискомфорта. В хронический воспалительный процесс ДП при БА вовлекаются различные клетки, цитокины и медиаторы. К ключевым воспалительным липидным медиаторам относятся цистениловые лейкотриены (ЛТ) – продукты превращения арахидоной кислоты. Эти ЛТ индуцируют бронхоспазм, вызывают гиперсекрецию слизи, повреждение микрососудов и ремоделирование ДП. Сохранение симптомов БА, несмотря на стандартный объем терапии, трудности достижения полного контроля над болезнью, заставляют искать новые варианты ведения больных с учетом фенотипов болезни. Учитывая роль цистениловых ЛТ в качестве основных медиаторов воспаления для лечения БА разработаны ингибиторы лейкотриенов – препараты, препятствующие взаимодействию ЛТ с их рецепторами (монтелукаст, зофирлукаст, пронлукаст), а также ингибитор синтеза ЛТ, блокирующий активность 5-липоксигеназы – zileтон.

Цель исследования. Изучение эффективности Монтелукаста в комплексной терапии бронхиальной астмы, недостаточно хорошо контролируемой с помощью комбинированной терапии ингаляционных глюкокортикоидами (ИГКС) плюс длительно действующими бета-2 агонистами (ДДБА).

Материалы и методы. Изучали эффективность дополнительной терапии антилейкотриеновым препаратом Монтелукаст (Сингуляр Мерк Шарп и Доим Б.В. Нидерланды) в дозе 10 мг 1 раз в сутки в сочетании со стандартными антиастматическими препаратами (ИГКС+ДДБА), у 24 пациентов (12 женщин, 12 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет. В группе сравнения сопоставимой по всем параметрам (n=15) получали только стандартные препараты.

Исследование продолжалось 12 недель. В основную группу включились больные такими фенотипами как БА с ожирением, астма физического усилия (АФУ), БА с поздним началом, «аспириновая» астма, БА с частыми обострениями. Критериями оценки эффективности лечения были частота и интенсивность приступов, состояние параметров функции внешнего дыхания, рецидивы обострений, суточного колебания пиковой скорости выдоха (ПСВ).

Результаты. Все больные завершили исследование. Число приступов и частота обострений в течение трех месяцев были достоверно ниже у пациентов основной группы. Параметры функции внешнего дыхания и ПСВ, которые исходно были хуже в основной группе как к концу исследования стали идентичными с показателями в контрольной группе.

Выводы. Добавление Сингуляра в 10 мг/сут к базисной терапии при недостаточно контролируемой БА способствует улучшению течения заболевания, уменьшению частоты обострений и увеличению продолжительности межприступного периода, следовательно, достижению и поддержанию контроля над БА.

Сингуляр обладает высоким профилем безопасности, оказывает влияние на воспаление в верных отделах дыхательного тракта и мелких периферических ДП при различных вариантах течения БА.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**Магомедов М.А., Хамидов М.А., Магомедов М.М.,
Гусейнов А.Г., Абдулгалиев В.С.**

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Острая кишечная непроходимость является одной из сложных проблем современной хирургии, которая составляет 3,6–9,4% от всего потока пациентов в хирургическом стационаре. Среди всех видов кишечной непроходимости спаечная кишечная непроходимость составляет 60-90%, стоит также учесть, что 90-94% от острой спаечной кишечной непроходимости это острая тонкокишечная непроходимость, которая протекает тяжелее и отличается худшим прогнозом для пациентов.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 156 пациентов с диагнозом острой кишечной непроходимости, которые составили 5,2% от всех urgentных хирургических больных. Среди них острая спаечная кишечная непроходимость была диагностирована 84,4% пациентов. На долю острой спаечной тонкокишечной непроходимости пришлось 86,4%, на толстокишечную – у 13,6%. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость среди пациентов с острой тонкокишечной непроходимостью составила 92%. Также фито-безоар являлся причиной развития тонкокишечной непроходимости у 8% пациентов.

Из 131 пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью ввиду отсутствия эффекта от консервативной терапии 59 (44,95%) подверглись хирургическому лечению.

Таблица 1.

Распределение пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью по виду перенесенной ранее операции

№	Вид перенесенных операций	Число пациентов	%
1	Аппендэктомия	20	34,1
2	Операции на женских тазовых органах	16	28,6
3	Операции по поводу ушивания перфоративных язв	6	11
4	Операции при ранениях и травмах живота	5	9,4
5	Операции на желчных путях	4	7,6
6	Раннее не оперированные пациенты	4	7,6
7	Всего	59	100

Из представленных в таблице данных видно, что аппендэктомия и операции на женских половых органах до сих пор занимают ведущее место в возникновении спаечной кишечной непроходимости, что совпадает с литературными данными. Это позволяет нам выделить этих пациентов в группу риска. Также из таблицы следует, что в большинстве случаев спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости ответственен за развитие острой спаечной кишечной непроходимости. Есть также и раннее не оперированные пациенты.

Среди общего числа пациентов с острой спаечной кишечной непроходимостью 24 (40%) ранее имели в анамнезе от 2 до 5 операций. Большая часть пациентов со спаечной непроходимостью в анамнезе перенесли 2 операции, а именно 54%.

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (13,5%) пациентов, в т.ч. паралитическая кишечная непроходимость – у 2 (3,3%), ранняя спаечная послеоперационная непроходимость –

3 (4,4%), нагноение раны – 2 (3,3%) и несостоятельность швов анастомоза у 1 (16,7%). Ранняя спаечная послеоперационная непроходимость у 2 (2,1%) пациентов разрешилась после консервативных мероприятий, а одного пациента пришлось оперировать повторно.

Выводы:

1. Причиной острой спаечной кишечной непроходимости у 58,6% пациентов явился спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости.

2. Консервативная терапия при острой спаечной тонкокишечной непроходимости оказалась эффективной у 56,0% пациентов.

3. Хирургическая активность при острой спаечной кишечной непроходимости составила 44,9%.

4. В послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 8 (13,5%) пациентов.

5. Частота несостоятельности швов анастомоза у пациентов с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью составила 16,7%, а послеоперационная летальность – 1,6%. Послеоперационная летальность 1,2%.

**ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
У ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

**Магомедов М.А., Хамидов М.А., Османов А.О.,
Магомедов М.М., Абдулгалиев В.С.**

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Вследствие поздней диагностики рака толстой кишки значительное число пациентов поступают в стационары с осложненными формами. Обтурационная толстокишечная непроходимость является самым частым осложнением колоректального рака.

Цель исследования. Ретроспективный анализ результатов лечения больных острой кишечной непроходимостью опухолевого генеза.

Материалы и методы исследования. Анализу подверглись данные о 46 больных, экстренно госпитализированных с опухолью толстой кишки, осложненной обтурационной кишечной непроходимостью в клинику неотложной хирургии ДГМУ за 2014-2018 годы.

Из госпитализированных пациентов кишечная непроходимость чаще встречалась у женщин 30 (65,2%). Средний возраст составил 58,6 лет (20-83 лет).

Подавляющее количество 27 (58,6%) пациентов поступили более 3 суток от начала заболевания, 15 (32,6%) пациентов доставлены до 3 суток и лишь 13 (28,2%) - до 24 часов с момента начала непроходимости.

У 6 (13%) пациентов кишечная непроходимость при поступлении была компенсированной и субкомпенсированной стадии. В стадии декомпенсации доставлены 40 (86,9%) пациентов, причём легкая степень декомпенсации у 8 (20%), средней степени у 19 (47,5%) пациентов, и у 13 (32,5%) - декомпенсация тяжелой степени.

Для группы больных с формирующейся (компенсированной и субкомпенсированной) кишечной непроходимостью были определены следующие клинические критерии: состояние больного — удовлетворительное или средней степени тяжести; рентгенологически — гиперпневматоз или единичные уровни жидкости в кишке; запоры или частый жидкий стул; вздутие живота; умеренные боли в животе по ходу толстой кишки.

Группа больных с острой (декомпенсированной) кишечной непроходимостью соответствовала следующим критериям: состояние больного — тяжелое; отсутствие отхождения газов и стула в течение нескольких дней; тошнота, многократная рвота; схваткообразные боли в животе; положительные перитонеальные симптомы; рентгенологически — чаши Клойбера.

Общее состояние у 36 (78,2%) пациентов расценено как средне тяжёлое и только у 10 (21,7%) пациентов состояние тяжёлое. При обследовании у всех пациентов, за исключением 4 больных, на обзорных рентгенограммах живота определялись признаки кишечной непроходимости – арки и чаши Клойбера.

Несмотря на осложнение злокачественной опухоли, послужившее поводом для экстренной госпитализации, только у 9 пациентов (19,5%) диагностирована поздняя стадия болезни с метастазами в печень.

При осложненном раке толстой кишки первичная опухоль в 5 (10,6%) локализовалась в илеоцекальной области. При раке ободочной кишки поражение правой половины 8 (17,3%). Поражение левой половины 91 (19,5%), особенно преобладало поражение сигмовидной

кишки 17 (36,9%). Это подтверждает известное утверждение о том, что кишечная непроходимость опухолевого генеза — болезнь левых отделов ободочной кишки. В 2 случаях наблюдалось поражение прямой кишки, что составляет 4,3%.

При анализе проведенного лечения установлено, что хирургическому лечению подвергнуто 42 (91%) пациентов. Консервативному лечению подвергнуты 5 (10,8%) больных, которые после рентгенологического (произведены ирригоскопии) подтверждения опухоли и разрешения кишечной непроходимости направлены в онкодиспансер на дальнейшее лечение.

Хирургическое лечение проводили с радикальной, т.е. позволяющие полностью удалить все объемные образования и излечить больного 29 (69%) и симптоматической, т.е. вмешательства, целью которых была ликвидация возникшего осложнения, а не удаление опухоли 10 (23,8%). Симптоматические операции проведены в одном случае при раке сигмовидной кишки 1 (2,3%) и при раке прямой кишки 2 (4,7%). При раке нисходящего отдела ободочной кишки 1 (2,3%), левого и правого изгибов по одному случаю соответственно.

При анализе экстренно поступивших пациентов по срокам хирургических вмешательств в 25 (59,5%) случаях они выполнены в первые 12 ч после госпитализации (в среднем через 8 часов с момента поступления).

Срочные операции выполнены у 36 (85,7%) экстренно госпитализированных больных, состояние которых после проведения консервативных мероприятий позволило осуществить предоперационные обследование и подготовку. Такая тактика способствовала тому, что при раке ободочной кишки радикально оперированы 32 (76,1%) пациентов.

При экстренных радикальных вмешательствах на ободочной кишке чаще всего выполняли правостороннюю гемиколэктомию 11 (26,1%), реже — резекцию сигмовидной кишки 11 (26,1%) и левостороннюю гемиколэктомию 5 (11,9%). При экстренных симптоматических операциях накладывали разгрузочную колостому 7 (16,6%), выполняли цекостомию 3 (7,1%). При раке прямой кишки симптоматическую операцию выполняли в объеме сигмостомии.

Гистологическое подтверждение диагноза получено только у 29 (69%) пациентов. В 24 (82,7%) — аденокарцинома. Из них в 12 (50%) случаях выявлена аденокарцинома высокодифференцированная, в 8

(33,3%) имеют подтверждение других видов аденокарцином. У одной пациентки - опухолевого роста не удалось обнаружить (язва сигмовидной кишки).

При правосторонней локализации рака ободочной кишки с явлениями компенсированной и субкомпенсированной кишечной непроходимости возможно выполнение резекции кишки с формированием первичного анастомоза.

Объем оперативного вмешательства при декомпенсированной кишечной непроходимости, осложняющей течение колоректального рака, зависит от степени деструктивных изменений в толстой кишке выше опухоли и общего состояния пациента. При этом, предпочтение следует отдавать операции типа Гартмана.

Таким образом, выбор способа хирургического лечения больных с obturating раком толстой кишки зависит от локализации опухоли, степени выраженности явлений кишечной непроходимости, стадии заболевания, а также от общего состояния пациента.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

**Магомедов М.М., Хамидов М.А., Магомедов М.А.,
Исмаилов Г.М.**

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Цель. Изучить в эксперименте морфометрические характеристики формирования соединительнотканного каркаса в зависимости от расположения имплантата между различными анатомическими структурами передней брюшной стенки.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование проведено на 35 взрослых собаках, которым выполнили имплантацию стерильных кусочков сетчатого полипропиленового эндопротеза (Prolen, Ethicon) размером 3.5 см в боковые отделы передней брюшной стенки. В зависимости от места имплантации сетчатого имплантата животных разделили на три группы: с преперитонеальным

(n=5), подмышечным (n=5) и подапоневротичным расположением (n=5). На 7, 14, 21, 28 и 35-е сутки после имплантации осуществляли забор образцов тканей передней брюшной стенки в зонах имплантаций вместе с имплантатом размером 3,5 см. Для оценки эффективности формирования соединительнотканного каркаса проводили морфометрические исследования микропрепаратов с изучением таких параметров: относительная площадь коллагеновых волокон, относительное количество коллагеновых волокон с толщиной волокна больше и меньше 10 мкм, относительная площадь клеточного компонента.

Результаты. Установлено, что формирование рубцовой ткани после имплантации сетчатого имплантата имеет существенные различия в зависимости от его локализации. В участке брюшины и мышцы имплантация сетки влекла реактивные изменения, которые проявлялись формированием грануляционной ткани, богатой недифференцированными сосудами, в структуре которой преобладали фибробласты и фиброциты. До 21 суток формировался соединительнотканый рубец из плотных пучков коллагеновых фибрилл. На 25-30-е сутки происходило дальнейшее созревание соединительной ткани, уменьшалось количество фибробластов и увеличивалась - волокнистых структур. Нити сетки были замурованы в соединительнотканые волокна, между нитями формировались тяжёлые зрелой соединительной ткани, но тоньше, чем в местах локализации нитей. Имплантация сетки в участок апоневроза вызывала несколько иную реакцию. До 7 суток в участке апоневроза были выражены явления отека и формирования волокнистых структур вокруг нитей и между ними. На 20-е сутки формировался мощный слой зрелой соединительной ткани с большим количеством волокон и фиброцитов. Толщина рубца в 5-6 раз превышала таковую в участке мышцы и брюшины. При подапоневротическом расположении сетчатого имплантата уже на 20-е сутки эксперимента наблюдали преобладание фибриллярного компонента рубцовой ткани над клеточным, зрелых форм коллагеновых волокон - над молодыми волокнистыми структурами, что подтверждает более ранний запуск и большую скорость периимплантанных репаративно-пролиферативных процессов при подапоневротическом расположении сетчатого имплантата по сравнению с преперитонеальной и межмышечной его локализацией.

Выводы. Полученные экспериментальные данные дают основание утверждать о лучших морфометрических и гистологических показателях формирования рубцового процесса при подапоневротическом расположении сетчатого имплантата, что следует учитывать при выборе хирургической тактики. Результаты исследования дают морфологическое основание для совершенствования методик лечения пациентов со значительной дистракцией апоневротичных краев при послеоперационных вентральных грыжах как отдаленного осложнения хирургического лечения.

**ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИЦИТА**
Магомедова С.М., Габибуллаев А.Ф., Омаркадиев Р.А.
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Острый аппендицит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В настоящее время малоинвазивные технологии получили широкое распространение в экстренной хирургии. Одной из наиболее важных проблем неотложной эндовидеохирургии является лапароскопическая аппендэктомия. В экстренной хирургии диагностика и лечение острого аппендицита была и остается одной из актуальных проблем.

Цель исследования: определить возможности и эффективность лапароскопической аппендэктомии.

Материал и методы. Нами накоплен опыт 310 лапароскопических вмешательств, выполненных при диагностике и лечении острого аппендицита с 2014 по 2016 гг. Выявлены следующие варианты расположения червеобразного отростка: в правой подвздошной ямке – в 87% случаев, тазовое – в 7% и ретроперитонеальное – в 6%. Диагностическая лапароскопия производилась у всех пациентов с подозрением на острый аппендицит. У 90 (29%) больных диагностическая лапароскопия переведена в лечебную. Среди пациентов было 170 (55%) женщин и 140 (45%) мужчин. Возраст оперированных больных составил от 15 до 52 лет (средний возраст 26,2 года). Лапароскопическая аппендэктомия выполнялась по стандартной методике, с наложением эндопетли на культю червеобразного отростка и обязательным дренированием брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Морфологически подтверждены следующие формы аппендицита: катаральный 28 (9%), флегмонозный 150 (48%), гангренозный 73 (24%). В 35 (11%) случаях обнаружена острая гинекологическая патология. У 24 (8%) пациентов, при диагностической лапароскопии, острого аппендицита выявлено не было, что позволило избежать напрасной аппендэктомии по поводу неизмененного червеобразного отростка. Из 110 лапароскопических аппендэктомий 70 выполнено лигатурным способом, 40 погружным способом. После удаления отростка, выполнялась санация брюшной полости: в 241 случаях (75%) при местном перитоните был установлен дренаж в правую подвздошную область, в 10 (3%) – брюшная полость ушита наглухо.

Интраоперационное осложнение (кровотечение из артерии червеобразного отростка) было у одного больного, кровотечение остановлено электрокоагуляцией. Средняя продолжительность операции - 1 час. Осложнений не было. Длительность пребывания в стационаре составила 4-5 суток. Конверсия наблюдалась у 10(4%) пациентов, при ретроперитонеальном расположении аппендицита, при плотных спайках. Лапароскопическая аппендэктомия имеет ряд преимуществ по сравнению с традиционной операцией: снижение количества осложнений; снижение времени динамического наблюдения; высокая диагностическая ценность метода; небольшая травматичность операции; уменьшение времени пребывания больного в стационаре; избежание необоснованных аппендэктомий и лапаротомий.

Заключение. Считаем, что все оперативные вмешательства, выполняемые по поводу острого аппендицита должны начинаться с диагностической лапароскопии. Внедрение диагностической лапароскопии и лапароскопических операций позволило сократить количество необоснованных операций.

КАЧЕСТВО И НУЖДАЕМОСТЬ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Макаева Э.О., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Гасанова М.А.
Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии,
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Одной из важных задач, стоящих перед практическим здравоохранением Дагестана, является осуществление своевременной стоматологической помощи населению вообще и лицам, подлежащим призыву в вооруженные силы, в частности. Особенно актуальной данная проблема представляется в связи с тем, что в ряде случаев дефекты зубов и зубных рядов могут стать причиной ограничений или полной негодности к воинской службе. Кроме того, на протяжении ряда лет стоматологами наблюдается резко выраженное и упорное прогрессирование деструктивных изменений в пародонте у детей и подростков. В связи с этим нами была определена распространенность заболеваний пародонта у молодых людей призывного возраста равнинного и нагорного Дагестана, а также нуждаемость этого контингента в ортопедическом лечении и оценка качества у них уже имеющихся зубных протезов.

Нами было осмотрено и освидетельствовано 20000 призываемых на действительную воинскую службу (и поступающих в средние и высшие военные учебные заведения Министерства обороны Российской Федерации) в возрасте от 15 до 27 лет. Осмотр полости рта проводился по обычной методике в соответствии с действующими нормативными документами МО СССР и МО РФ, определяющими порядок освидетельствования. Результаты заносились в медицинские карты. Проводилась также сравнительная оценка нуждаемости в протезировании и качества изготовленных зубных протезов у призывников из городов Дагестана и сельской местности равнинного и нагорного Дагестана.

Из общего числа обследованных в ортопедическом лечении нуждались 16300 (81,5%). Из числа нуждающихся в протезировании несъемные протезы требовались 15600 призывникам (78%), а съемные – 700 (3,5%). При этом 4200 (21%) городских призывников нуждались в несъемном протезировании и 200 (1%) – в съемном. Из призывников сельской равнинной местности несъемные протезы

необходимы были 5300 (26,5%) лицам, а съемные – 400 (2%); в горной сельской местности в несъемном протезировании нуждались 6100 (30,5%) человек, в съемном – 100 (0,5%). Нерациональное протезирование было выявлено поровну во всех трех группах, а именно по 200 человек в каждой, т.е. по 1%, что составило от общего количества осмотренных 600 человек или 3%. Под нерациональным протезированием подразумевались некачественно изготовленные протезы – 2100 (10,5%) человек, неграмотно выбранная конструкция – 300 (1,5%), разнометаллические протезы – 700 (3,5%).

Данные по нуждаемости в ортопедическом лечении и его качестве говорят о том, что стоматологическая ортопедическая помощь лицам призывного возраста в Дагестане находится на довольно низком уровне, особенно в горных районах республики. По всей вероятности, та же картина наблюдается и у остальных слоев населения, поэтому данное исследование может послужить материалом для разработки и внедрения рекомендаций по своевременному и грамотному ортопедическому лечению патологических состояний полости рта у населения Дагестана.

ОПЫТ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ СОНЫХ АРТЕРИЙ

**Махачев О.А.^{1,2}, Абасов Ф.Х.^{1,2}, Стафёров А.В.³,
Тер-Акопян А.В.⁴, Хаджилаев М.Х.¹, Мамаев А.А.¹,
Османов О.А.¹, Абдусаламова З.Г.¹, Гамидова М.Т.¹,
Шихмагомедов О.О.^{1,2}**

¹ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии», г. Махачкала;

²Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала;

³ФГБУ "ФНКЦ специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России";

⁴ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, г. Москва

Цель. Представить результаты эндоваскулярного лечения стенозирующих поражений внутренних сонных артерий.

Материал и методы. В ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» с 2014 по 2019 гг. стентирование внутренних сонных артерий выполнено 11 больным с гемодинамически значимыми атеросклеротическими поражениями ВСА, из которых 9 (81,8%) мужчин и 2 (18,2%) женщины. Возраст варьировал от 51 до 72 лет (средний возраст составил 65 лет). Симптомные поражения артерий наблюдались у 6 (54,5%) больных: транзиторная ишемическая атака в анамнезе у 2 из 6 пациентов, ОНМК у 4 пациентов, у остальных 5 (45,5%) пациентов было асимптомное течение. У одного больного выявлен рестеноз левой ВСА после каротидной эндартерэктомии. Всем пациентам проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование и селективная ангиография брахиоцефальных артерий. Ангиография брахиоцефальных артерий выявила гемодинамически значимые стенозы слева у 9 (81,8%) пациентов, справа у 2 (18,2%) пациентов. Всем больным выполнено стентирование внутренних сонных артерий трансфеморальным доступом. В 10 случаях применялась система дистальной защиты головного мозга от эмболии FilterWire ZT, в одном наблюдении система проксимальной защиты Mo.Ma. Трём пациентам с критическими стенозами была выполнена предварительная транслюминальная баллонная ангиопластика баллонными катетерами 3.0 x 20 мм (15 атм). Для стентирования ВСА применялись стенты с «открытой» ячейкой (Wallstent) в 7 случаях, в пяти наблюдениях использовались стенты с «закрытой ячейкой» (CGuard). Для постдилатации стентированного сегмента использовались баллоны 5.0 - 6.0 x 20 мм.

Результаты. Рентгенэндоваскулярные процедуры прошли без осложнений. Во всех случаях был достигнут хороший ангиографический результат.

Заключение. Рентгенэндоваскулярный метод лечения стенотических поражений внутренних сонных артерий является эффективным и безопасным методом лечения, обеспечивая вторичную профилактику острых ишемических нарушений мозгового кровообращения.

**ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ
АРТЕРИИ: ОПЫТ ДАГЕСТАНСКОГО ЦЕНТРА
КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ**

**Махачев О.А.^{1,2}, Абасов Ф.Х.^{1,2}, Стафёров А.В.³,
Хаджилаев М.Х.¹, Мамаев А.А.¹, Османов О.А.¹,
Мугалова П.М.¹, Абакаров А.М.¹**

¹ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии», г. Махачкала;

²Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала;

³ФГБУ "ФНКЦ специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России"

Цель. Показать непосредственные результаты чрескожных коронарных вмешательств при поражениях ствола левой коронарной артерии (ЛКА) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В ГБУ РД НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии» с 2015 по 2019 гг. стентирование незащищенного ствола ЛКА выполнено у 44 пациентов с ИБС, в возрасте от 42 до 81 года, из которых 34 (77,3%) мужчин и 10 (22,7%) женщин. У всех больных имелась стенокардия напряжения третьего функционального класса, Syntax Score составил менее 32 баллов. Тип поражения ствола ЛКА определялся по классификации Medina: поражение 1.0.0 – в 4 (9%) случаях; 1.1.0 – в 19 (43,2%) наблюдениях; 1.1.1 – в 21 (47,8%) случае. У 42 (95,5%) пациентов стентирование выполнено трансрадиальным доступом, у 2 (4,5%) – трансфеморальным доступом. При стентировании незащищенного ствола ЛКА в 100% случаев применялись стенты с антипролиферативным покрытием 2-3 поколения. В двух случаях при тяжелых кальцинированных стенозах применялась система для ротационной атерэктомии. В одном наблюдении для контроля полного раскрытия стента в стволе ЛКА выполнено внутрисосудистое ультразвуковое исследование (ВСУЗИ).

Результаты. Согласно полученным ангиографическим данным по классификации Medina, изолированное стентирование ствола ЛКА выполнено – 4 (9%), провизорное – 19 (43,2%), бифуркационное – 21 (47,8%) пациентам. Имплантирован 91 стент с антипроли-

феративным покрытием. После стентирования у всех больных отмечалось снижение функционального класса стенокардии напряжения с 3 до 1-2. Во всех случаях достигнут ангиографический успех, клиническая эффективность составила 98%, летальность - 2% (1 случай). По данным ВСУЗИ отмечалось полное прилегание каркаса стента к стенке ствола ЛКА.

Заключение. Стентирование ствола ЛКА у больных с ишемической болезнью сердца является эффективным методом лечения в условиях ДЦК и ССХ. Данный метод лечения снижает функциональный класс стенокардии и улучшает качество жизни пациента. Применение ВСУЗИ обеспечивает полноценную оценку степени раскрытия стента.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ШУНТОГРАФИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Махачев О.А.^{1,2}, Петросян К.В.³, Абасов Ф.Х.^{1,2}, Абусов Г.М.¹, Аскадинов М.Н.¹, Ибрагимов Р.Г.¹, Хаджилаев М.Х.¹, Османов О.А.¹, Мамаев А.А.¹, Магомедова З.Г.¹, Кебедов К.Ш.¹

¹ГБУ РД «НКО «Дагестанский центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии», г. Махачкала;

²Кафедра кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала;

³ФГБУ «НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава России, г. Москва

Цель. Представить первый опыт выполнения интраоперационной шунтографии после операции аортокоронарного шунтирования.

Материал и методы. С июля по декабрь 2019 года операция АКШ была выполнена 11 пациентам. Средний возраст больных составил $58,6 \pm 4,9$ лет, все пациенты были мужского пола. Всего наложено 38 шунтов, 3,4 кондуита на одного больного. Максимальное количество созданных шунтов на одного пациента - 4, минимальное количество - 2. К передней межжелудочковой артерии (ПМЖА) было пришито 11 (29%) шунтов, с ветвью тупого края огибающей артерии (ВТК ОВ) было сформировано - 7 (18%) шунтов, к

правой коронарной артерии (ПКА) - 11 (29 %) кондуитов, к диагональной ветви - 5 (13%) шунтов и 4 (11%) шунта наложены к интермедиальной артерии (АИМ). Пять (13%) из 38 шунтов наложены секвенциальным методом. Для шунтирования ПМЖА в 10 случаях использована левая внутренняя грудная артерия, в одном случае использована аутовена, для шунтирования остальных артерий использованы аутовенозные шунты. Лучевые артерии в качестве кондуита не использовались. После выполнения АКШ для контроля качества кондуитов всем пациентам была выполнена интраоперационная шунтография по методу Сельдингера. После пункции правой общей бедренной артерии и использования катера JR 3,5 и IM выполнялась селективная катетеризация шунтов на аппарате Philips BV Pulsera.

Результаты. Из 38 шунтов реконструкция потребовалась в двух случаях (5,2%). В одном наблюдении шунт был наложен в параллельно идущую более мелкую артерию, вследствие плохой визуализации основной артерии, из-за интрамиокардиального хода. В этом случае был создан дополнительный секвенциальный шунт в эту артерию. Во втором наблюдении дисфункция шунта была вызвана стенозом в области клапана на венозном кондуите, данный участок был иссечен и наложен анастомоз с артерией «конец в конец».

Выводы. Интраоперационная шунтография является эффективным и важным методом для оценки качества хирургической реваскуляризации миокарда. Этот диагностический метод позволяет значительно снизить осложнения, связанные с дисфункцией шунтов в госпитальном и отдаленном послеоперационном периодах.

ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБРЮШИННОГО ФИБРОЗА (БОЛЕЗНЬ ОРМОНДА) У БОЛЬНЫХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Михайлов С.М., Гаджиев Д.П., Газимагомедов Г.А.,
Гусейнов М.М., Михайлова Б.И.**

Кафедра урологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала

Лечение забрюшинного фиброза до настоящего времени представляет для практического врача трудности с точки зрения не только выбора метода, но и его технического выполнения. Нередко

РПФ обнаруживают во время операций, предпринятой по поводу его осложнения. Клиническая картина РПФ не имеет патогномичных симптомов заболевания. Больные обращаются к врачу с болями, локализующимися в поясничной области, половых органах и нижних конечностях; при этом повышается СОЭ, отмечаются гипертензия и головные боли.

Цель работы: улучшение результатов консервативного лечения больных с забрюшинным фиброзом (болезнь Ормонда).

Материалы и методы. Обзорная урография может указать на отсутствие или нечеткость контуров поясничной мышцы. Экскреторная урография выявляет медиальное смещение мочеточника, обычно с расширением последнего над местом его вставления. Так же, аналогичную картину выявляет ретроградная пиелография, которая используется у больных с хронической почечной недостаточностью. В последнее время для уточнения границ поражения при ретроперитонеальном фиброзе применяется компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансное исследование (МРТ), при которых выявляются объемные образования, окружающие полую вену и аорту. Изотопная ренография и ультразвуковое сканирование выявляют нарушение секреции в канальцах почек и пассажа мочи по верхним мочевым путям.

Сочетанная медикаментозная терапия показана всем больным с РПФ при отсутствии абсолютных показаний к оперативному вмешательству, когда имеет место стенозирование мочеточника без нарушения пассажа мочи, снижение тонуса мочевых путей и нарушение функции почек.

Результаты. Консервативная терапия, как первый метод лечения показана всем больным с РПФ, в компенсированной стадии проведено 28 больным. Как правило, для этой цели принимали кортизон (гидрокортизон) по 50мг. в сутки, алоэ по 1мл в/м (30 инъекций), лидаза по 1мл (30 инъекций) в показанных случаях производится стентирование мочеточников.

Индукцированная стероидами регрессия воспалительного отека может восстановить проходимость мочеточников и, следовательно, оказывает положительный эффект без хирургического вмешательства.

Выводы.

1. Купирование симптомов ,обусловленных венозной обструкцией, достигают посредством поднятия и эластической поддержки

нижних конечностей до тех пор, пока не разовьется достаточное коллатеральная венозная система.

2. Высвобождение обструктированных вен из фиброзной упаковки может быть и рискованным, а операция шунтирования при обструкции нижней полой вены, по единодушному мнению хирургов, не является успешной.

3. Прогноз заболевания обычно благоприятный если соответствующее лечение начинают до появления необратимых изменений в почках.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ КОМПАКТНОЙ И ГУБЧАТОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ В ДИНАМИКЕ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ

Нагиева С.Э., Чудинов А.Н., Нагиев Э.Р., Исмаилова Ф.Э.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Исследовали морфологические изменения трансплантатов компактной и губчатой кости при замещении дефектов нижней челюсти в различные сроки (30, 45 и 60 суток) после пересадки. Эксперименты проводились на 28 половозрелых беспородных собаках 5-6 лет, массой 10-15 кг [1, 3]. В искусственно созданный дефект в области тела нижней челюсти пересаживался аутооттрансплантат из компактной или губчатой кости. В качестве трансплантата компактной кости использовали кортикальную пластинку тела нижней челюсти, взятую во время создания искусственного дефекта; в качестве губчатого трансплантата – гребень подвздошной кости [2]. В послеоперационном периоде у животных в первые 2-3 суток в области нижней челюсти, где произведена трансплантация, отмечалась небольшая отечность мягких тканей, при пальпации подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены. Все эти явления исчезали на 4-5 сутки после операции. В послеоперационном периоде экспериментальным животным в течение 5-7 дней вводили антибиотики внутримышечно. Заживление послеоперационной раны во всех случаях протекало первичным натяжением. Результаты экспериментальных исследований сравнивали с показателями контрольной группы. Контролем служила аналогичная группа животных из 8 интактных (здоровых) собак.

При гистологическом исследовании губчатой кости установлено, что через 30 суток после операции пересадки трансплантата происходит образование незрелой костной мозоли. В трансплантате просматриваются остециты, наблюдается усиленная пролиферация остеобластов, которая осуществляется со стороны периоста. В костном ложе реципиента, следы значительной перестройки костной ткани. Спустя 45 суток происходит сращение трансплантата с костным ложем реципиента посредством обильно васкуляризированной вновь образованной костной ткани примитивного строения. Новообразованная кость интимно спаяна с поверхностью трансплантата. Линия соединения неровная с наличием впадин и изгибов. В трансплантате рисунок остеонов сохранен, но он не четкий, остециты сохранены. Гаверсовы каналы всюду широкие, содержат кровеносные сосуды. Через 60 суток после пересадки границы трансплантата трудно определить из-за замещения ткани трансплантата вновь образованной костью с некоторыми признаками её незрелости, в виде наличия широких костномозговых пространств, заполненных кровеносными сосудами. В костной ткани ложа реципиента наблюдается множество базофильно окрашенных линий склеивания, являющихся следствием перестройки костных структур.

Исследования трансплантата из компактной кости показали, что через 30 суток после пересадки происходит первичное образование кости примитивного строения, обильно васкуляризированной кровеносными сосудами. Новообразованная кость спаяна с костью реципиента, линия соединения неровная, с наличием впадин и изгибов. В трансплантате рисунок остеонов нечеткий, определяются единичные остециты. Гаверсовы каналы всюду широкие, содержат кровеносные сосуды. Спустя 45 суток после трансплантации наблюдается плотное сращение трансплантата с костным ложем реципиента посредством образования костной мозоли незрелого строения. В этот период наблюдается замещение трансплантата вновь образованной костью примитивного строения. Однако в эти сроки видны еще широкие гаверсовы каналы, заполненные кровеносными сосудами в просвете. По краю каналов расположены клетки эндоста. Вокруг гаверсовых каналов прослеживается четкий рисунок с наличием остецитов. Со стороны периоста происходит усиленная пролиферация клеточно-волокнистой ткани, врастающей в трансплантат. Через 60 суток наблюдается замещение трансплантата

вновь образованной костью, сохраняющей черты незрелости. Рисунок остеонов нечеткий и отсутствуют остеоциты.

Проведенные исследования показали, что процессы регенерации к 30 суткам завершаются образованием незрелой костной мозоли; к 45 суткам происходит образование костной мозоли и активное замещение трансплантата вновь образованной костной тканью, а к концу эксперимента через 60 суток, процесс замещения трансплантата компактной кости вновь образованной костной тканью (в отличие от губчатой кости) полностью не завершается.

Литература:

1. Нагиев Э.Р. Роль критических систем в определении устойчивости организма к воздействию экстремальных факторов внешней среды. – Издательство: Дагестанский государственный медицинский университет. Махачкала: 2006. – 183 с.

2. Нагиев Э.Р., Чудинов А.Н., Нагиева С.Э., Исмаилова Ф.Э. Ауто- и аллотрансплантация костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти в клинике и эксперименте // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2017. № 2 (23). С. 56-64.

3. Чудинов А.Н., Нагиева С.Э., Исмаилова Ф.Э., Нагиев Э.Р. Особенности изменений ауто-трансплантатов компактной и губчатой костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти в эксперименте // Стоматология для всех. 2011, № 4. С. 12-17.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Нажмуудинов З.З., Гусейнов А.-К.Г.

Кафедра хирургия ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Произведен ретроспективный анализ 32 историй болезней пациентов, оперированных в РКБ-ЦСЭМП по поводу острой кишечной непроходимости в период с 2015 по 2018 гг. с использованием эндовидеохирургии.

По поводу спаечной кишечной непроходимости лапароскопически оперированы 22 (68,7%) пациента, по поводу осложненного рака ободочной кишки — 5 (15,8%), фитобезоара подвздошной кишки — 3 (9,3%), заворота толстой кишки — 2 (6,2%).

Средний койко-день составил 10 ± 4 дней.

Лапароскопия позволяет исключить другие заболевания, симулирующие картину острой кишечной непроходимости, установить причину непроходимости в более ранние сроки.

При кишечной непроходимости лапароскопия может быть диагностической или лечебной. Лапароскопия позволила выполнить последующие этапы оперативного лечения кишечной непроходимости при раке ободочной кишки в значительно более ранние сроки и завершить лечение у большинства пациентов в течение одной госпитализации. Последние десятилетия в абдоминальной хирургии произошли значительные изменения, обусловленные широким внедрением и развитием миниинвазивных оперативных вмешательств, прежде всего лапароскопических. На заре развития эндовидеохирургии спаечная болезнь считалась абсолютным противопоказанием к лапароскопии. Тем не менее, с накоплением опыта и совершенствованием эндоскопического оборудования сначала стали выполнять диагностические лапароскопические вмешательства у пациентов, оперированных ранее на органах брюшной полости, а затем перешли к лапароскопическому лечению острой кишечной непроходимости (ОКН).

Первый лапароскопический адгезиолизис при острой тонкокишечной непроходимости был проведен в 1972 г. Р. Mouret. Наиболее частой причиной ОКН являются спайки брюшной полости (у 80% пациентов). Также причинами обструкции могут быть злокачественные и доброкачественные опухоли, болезнь Крона, дивертикул Меккеля, обтурация кишки желчными камнями и инородными телами. Количество лапаротомий коррелирует со степенью тяжести спаечного процесса, чем больше количество предыдущих лапаротомий, тем больше вероятность развития спаечной болезни. Прогностически благоприятными факторами являются предыдущая не срединная лапаротомия (например, доступом Мак-Бурнея либо Кохера). Благоприятным прогностическим фактором является раннее лапароскопическое лечение в течение 24 ч с момента возникновения симптомов ОКН, до того, как расширение тонкой кишки уменьшит лапароскопическое операционное поле. Поэтому выраженное расширение (более 4 см) тонкой кишки (выявленное на обзорной рентгенограмме) является абсолютным противопоказанием для лапароскопии. Также абсолютными противопоказаниями являются тяжелые сопутствующие заболевания, такие как сердечно-сосудистые, респираторные заболевания, потому что они не позволяют достичь безопасного пнев-

моперитонеума и требуют сокращения продолжительности операции. Очевидно, что опыт хирурга также оказывает влияние на исход лапароскопического адгезиолизиса. Оперативные вмешательства с использованием лапароскопической технологии более продолжительны, чем открытые операции. Однако продолжительность лапароскопического вмешательства варьирует от 30 мин при простом пересечении единичной спайки до 2–3 ч в более сложных случаях.

Продолжительность пребывания в больнице пациентов после лапароскопической операции была короче, у них отмечено более раннее восстановление моторики кишечника и более раннее начало перорального питания. Это связано с более коротким периодом пареза кишечника после лапароскопического адгезиолизиса в сравнении с лапаротомной операцией. Количество послеоперационных осложнений у пациентов после лапароскопического адгезиолизиса меньше в сравнении с пациентами, оперированными с использованием лапаротомного доступа. Следовательно, у части больных лапароскопический адгезиолизис может предотвратить лапаротомию, которая сама по себе может вызвать новые спайки и кишечную непроходимость.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Нажмудинов З.З., Гусейнов А.-К.Г.

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Острая спаечная кишечная непроходимость (СКН) — серьезное послеоперационное осложнение. Распространенность этой формы патологии у пациентов, в анамнезе которых были оперативные вмешательства, составляет от 1,1 до 6%. До 40% случаев кишечной непроходимости обусловлено именно острой СКН. Она является причиной до 60% повторных лапаротомий, 90% из которых выполняются в первый год после предыдущих оперативных вмешательств.

Одной из наиболее известных является классификация распространенности спаечного процесса в брюшной полости:

1-я степень — локализованный спаечный процесс, область которого ограничена 1/3 послеоперационного рубца;

2-я степень — ограниченный спаечный процесс при наличии одиночных спаек в других областях;

3-я степень — спаечный процесс занимает 1/3 брюшной полости;

4-я степень — распространенный спаечный процесс, область которого составляет 2/3 брюшной полости.

В клинической картине острой СКН доминирует боль в области живота, которая служит причиной обращения к врачу. Боль чаще носит схваткообразный характер. В некоторых случаях она может быть постоянной и локализоваться в области послеоперационного рубца. Важными клиническими симптомами являются также рвота, задержка стула и неотхождение газов. На фоне этого отмечается ухудшение общего состояния пациента, связанное с нарастающими метаболическими нарушениями, потерей жидкости и эндотоксикозом.

При лабораторной диагностике выявляются изменения, характерные для острой фазы воспаления.

Для диагностики ранней СКН широко применяют рентгенологический, ультразвуковой (УЗИ) и эндоскопический методы исследования. Механическая непроходимость кишечника в большинстве случаев подтверждается результатами рентгенологического исследования. При этом на рентгеновских снимках определяются признаки множественных уровней жидкости, перерастянутые петли тонкой кишки, отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника, расположенных после странгуляции. При оценке только клинических проявлений и данных обзорной рентгенограммы диагноз ранней СКН подтверждается лишь у 8–10% пациентов. С целью контроля пассажа по кишечнику проводят динамическое рентгеноконтрастное исследование с барием или, как рекомендовано в НКР, жидким контрастом.

Широко используют также УЗИ брюшной полости. При этом наблюдают маятникообразное движение химуса, неравномерное распределение газов по кишечнику, свободную жидкость в брюшной полости. В тяжелых случаях УЗИ позволяет обнаружить признаки инфильтративных процессов в брюшной полости.

Подтвердить диагноз острой СКН в кратчайшие сроки позволяет лапароскопия, которая позволяет визуализировать уровни обструкции, причину ее возникновения, оценить объем и локализацию спаечного процесса, степень поражения кишечника. После оценки состояния кишечника лапароскопия позволяет выполнить эндоскопический адгезиолизис (рассечение спаек).

Для профилактики повреждения серозных оболочек во время хирургического вмешательства важны тщательный гемостаз и санация брюшной полости.

С целью профилактики спаечного процесса широко применяются лекарственное средство, мезогель. Изучив материал, мы пришли к выводу, что лапароскопический адгезиолизис и дополнительное лекарственное лечение являются эффективным методом профилактики острой спаечной кишечной непроходимости. Лапароскопия дает возможность уточнить степень и распространенность спаечного процесса, а также исключить наличие иных форм патологии в брюшной полости. Лапароскопический адгезиолизис минимизирует развитие осложнений в послеоперационном периоде, сокращает сроки пребывания пациента в стационаре, обеспечивает хороший косметический результат.

ПРЕПАРАТ МАЗИПРЕДОН В СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Насрулаева Х.Н.¹, Дагирова Д.М.¹, Лабазанова Р.Н.²

¹Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала;

²Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Махачкала

Актуальность. Ввиду того, что производные глюкокортикоидов часто применяются в острых случаях, в которых медленное или ненадежное всасывание может привести к неприятным последствиям, возникла необходимость в синтезировании новых водорастворимых производных глюкокортикоидов. Солянокислая соль преднизолона с замещением N-метилпиперазиновой группой на 21 атоме углерода, является водорастворимой и оказалось устойчивой даже при продолжительном хранении.

Введение. 0,25 % мазь Мазипредон, проникая в кожу, успешно может быть применена при многих кожных заболеваниях и состояниях, сопровождаемых зудом. Так, например, при всех воспалительных процессах нормергического и аллергического характера (искусственный дерматит, ожог 1-й степени, солнечный дерматит, острая и подострая экземы, лекарственная аллергия и эритродермия). Среди

других дерматозов препарат прежде всего показан при круговой плешивости, обыкновенном псориазе, угрях, красной волчанке [1].

Результаты и обсуждения. Мазипредон является эффективным при различных видах нормергических кожных воспалений, а именно: солнечный дерматит, искусственный дерматит, ожог 1-й степени. Кроме того, оказывается эффективным при эритематозных красных угрях. Особо следует подчеркивать надежное и почти немедленное противозудное действие мази Мазипредон, превосходящее действие до сих пор примененных отечественных и зарубежных препаратов. Опыт показывает, что вследствие условий всасывания больные более охотно применяют ее, чем ранее применяемые мази. 0,25% водорастворимая мазь Мазипредон с жирной мазевой основой пригодна и для длительного лечения распространенных воспалительных процессов. Применение препарата показано при круговой плешивости (для многомесячного курса), при острой, подострой, хронической экземах, при дерматитах, эритродермах, псориазе, красной волчанке, нейродермитах, узловатой эритеме, токсических грануломах, локализованных склеродермиях. Всасывание Мазипредона в человеческом организме незначительно, не вызывает депрессию коры надпочечников [2]. Мазь Мазипредон успешно может быть применена для местного лечения дерматозов, сопровождающихся воспалением. Водорастворимая мазь Мазипредон дала хороший эффект при подострых экземах, при более глубоких инфильтрированных процессах, при псориазах, особенно на волосистой части головы, при склеродермиях и круговой плешивости. При псориазах, красной волчанке и нейродермитах мазь обладает избирательным действием. С точки зрения лечебной эффективности 0,25% мазь Мазипредон равноценна 0,5% мази Преднизолон и 1% мази Гидрокортизон, а в терапии заболеваний слизистых оболочек нередко дает лучший эффект, чем все другие кортикостероидные мази.

По данным исследований Мазипредон оказался эффективным препаратом в терапии острых воспалительных кожных заболеваний. При хронических дерматозах мазь обладает избирательным действием и может быть применена при тяжелых хронических экземах, нейродерматитах и в отдельных случаях псориаза. С точки зрения лечебной эффективности 0,25% мазь Мазипредон равноценна 0,5 % мази Преднизолон. В лечении слизистых оболочек Мазипредон нередко дает лучший эффект, чем другие кортикостероидные мази.

Выгодно может быть применен также в педиатрической дерматологии.

Установлено, что мазь Мазипредон обладает противовоспалительным, антиаллергическим, противозудным действиями. Особенно отличные лечебные результаты были достигнуты при аллергических дерматитах, нейродерматитах, экземах, псориазах, круговой плешивости. 0,25 % мазь Мазипредон быстро всасывается, и больные хорошо переносят препарат [3].

В терапии детей 1,5–3-летнего возраста (48,4 % леченных больных экземой) особенно важное значение имеет мазь, содержащая стероид в низкой концентрации, по поводу распространенного процесса экземы и сравнительно небольшой поверхности тела. Мазь оказалась эффективной также при различных кожных воспалениях и розовом лишае [4]. Препарат был применен прежде всего при острых заболеваниях вульвы, особенно при осложнении беременности изъязвленным вульво-вагинитом и кольпитом.

Выводы. Препарат Мазипредон эффективно может быть применен при различных видах экземы, вне зависимости от аллергена и от локализации. Препарат хорошо переносится. Побочные эффекты проявляются редко. При длительном применении может возникнуть атрофия кожи, гипопигментация, сухость кожи.

Литература:

1. Борисова Е.О. Побочные эффекты системной глюкокортикоидной терапии // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. 2014. № 3. С. 14–19.

2. Козлов И.Г Иммунодепрессанты и иммуностимуляторы // Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем. М., 2005. С. 95–96.

3. Насонов Е.Л. Глюкокортикоиды // Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. М., 2013. С. 34–46.

4. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Глюкокортикоидные препараты (Клиническая фармакология – врачу). Смоленск, 2017. С. 6–11.

5. Pharmacology / Ed. by Rang H.P., Dale M.M., Ritter J.M., Moore P.K. 5th ed. L. etc., 2003. P. 411–419.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СПЕКТР АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ IN VITRO ПРЕПАРАТА КЛАРИТРОМИЦИН ЭКОЗИТРИН® И ДРУГИХ АНТИБИОТИКОВ

Насрулаева Х.Н.¹, Магомедова З.Ш.¹, Алхазова Р.Т.¹,
Магомедова Р.Г., Магомедова П.М.¹, Лабазанова Р.Н.²

¹Кафедра фармакологии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
г. Махачкала;

²Республиканский кожно-венерологический диспансер
Минздрава России. г. Махачкала

Кларитромицин Экозитрин® - новый генерический антибактериальный препарат, относящийся к классу макролидов, по химическому строению близок к эритромицину. Широкий спектр антибактериального действия, высокая эффективность с минимальным риском возникновения побочных реакций позволяет использовать Кларитромицин Экозитрин® для лечения инфекций кожи и мягких тканей, инфекций дыхательных путей, урогенитальных инфекций.

Основной метаболит Кларитромицин Экозитрин® 14-ОН-кларитромицин позволяет такую же микробиологическую активность или на 1-2 порядка ниже, чем исходное соединение, а в случае *Naemophilus influenza* происходит усиление действия кларитромицина, благодаря синергическому влиянию его метаболита.

Кларитромицин Экозитрин® и его метаболит распределяются по всем тканям и жидкостям организма, концентрации их в тканях многократно превышают концентрации в плазме.

Фармацевтическая компания АВВА-РУС АО (Россия) выпускает Кларитромицин Экозитрин® в следующих лекарственных формах: таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 250мг, №14, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, по 500 мг, №14, для внутривенных инъекций 500 мг и показан для лечения инфекций, вызванных чувствительными к нему микроорганизмами.

Рекомендуемая доза Кларитромицин Экозитрин® составляет 250 мг (1 таблетка) 2 раза в день. При тяжелых инфекциях доза может быть увеличена до 500 мг (2 таблетки) 2 раза в день. Продолжительность лечения в данном случае составляет 5-14 дней. При наиболее тяжелых инфекциях или в случае затруднения перорального применения рекомендуется применение в виде внутривенных инъекций в течении 2-5 дней. В дальнейшем рекомендуется перейти

на пероральное применение Кларитромицин Экозитрин®. Общий срок лечения составляет 10 дней. При лечении детей используется 15 мг Кларитромицин Экозитрин® на 1 кг веса, при максимальной дозе 500 мг в день. Срок лечения 7-10 дней.

В таблице №1 показано, что Кларитромицин Экозитрин имеет более высокую микробиологическую активность, по сравнению с другими антибактериальными средствами.

Таблица №1.

Сравнительный спектр антимикробного действия in vitro
Кларитромицин Экозитрин® и иных антибиотиков

	Clarithromycin Ecozitrin®	Penicillin Amoxicillin	Amoxicillin/ Clavulanate	Cefactor	Cephalexin	Trimethoprim/ Sulfanamide	Roxithromycin
S.pyogenes	+	+	+	+	+	+/-	+/-
S.pneumoniae	+	+	+	+	+	+/-	+
H.influenzae	+	+/-	+	+	+	+	-
M.pneumoniae	+	-	-	-	-	-	+
L.pneumophila	+	-	-	-	-	-	+
Chlamydia spp	+	-	-	-	-	-	+
B. catarrhalis	+	-	+	+/-	-	+	+
Staph. aureus	+	+/-	+	+	+	+/-	+

Кларитромицин Экозитрин® имеет хорошие фармакокинетические характеристики, позволяющие применять их дважды в день и обеспечивают высокую концентрацию в органах и тканях (рисунок № 1).

Всасывание препарата быстрое. Кларитромицин Экозитрин® устойчив в кислой среде желудка и обнаруживается в сыворотке крови уже через 20 минут после приема. Максимальная концентрация наблюдается через 2,5 часа после приема перорально в дозе 250мг натошак. Тканевое распределение отличное, особенно в лёгких, миндалинах и предстательной железе (таблица № 2).

Рисунок № 1.

Сравнение концентрации Кларитромицин Экозитрин® в органах и тканях по сравнению с другими антибактериальными средствами



Таблица № 2.

Сравнительная концентрация в органах и тканях антибиотиков из группы макролидов

Препарат	Разовая доза	Миндалины(ткани)	Бронхи (экссудат)
Кларитромицин Экозитрин®	250мг	6,7 мкг/г	4 мг/л
Азитромицин	250 мг	4,5мкг/г	2,9 мг/л
Рокситромицин	150мг	6,0 мкг/г	6,0 мг/л
Диритромицин	250 мг	3,6мкг/г	1,0 мг/л

Прием препарата не зависит от приема пищи.

Менее, чем в 1% случаев при лечении Кларитромицин Экозитрин® требуется отмена терапии вследствие возникновения побочных эффектов. Менее, чем у 3% больных наблюдаются побочные явления в виде желудочно-кишечных расстройств.

Учитывая все вышесказанное, новый генерический препарат Кларитромицин Экозитрин® может представлять интерес для российских врачей различных специальностей, как экономически доступный и качественный препарат кларитромицина.

Список литературы:

1. Kataja J., Huovinen P., Skurnik M., Seppala H. // Antimicrob. Agents. Chemother. – 2009. – Vol. 43. –Р. 48–52.
2. Козлов Р.С. Пневмококки: прошлое, настоящее и будущее. – Смоленск: СГМУ, 2015. – 128 с.
3. Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Современная антимикробная

химиотерапия. Руководство для врачей. – М.: Боргес, 2012. – С. 107–110.

4. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. – М., 2013. – 39 с.

5. Козлов Р.С. и соавт. Резистентность *S. pneumoniae* в России в 2009–2015 гг. // КМАХ. 2016. – Vol. 8(1). – С. 33–48.

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОД СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ

Омаров О.Г., Омарова Х.О., Макаева Э.О., Хижалова З.Т.

Кафедра пропедевтической и профилактической стоматологии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Конструкционные материалы зубных протезов могут оказывать влияние на ферментативные и биохимические процессы, протекающие в ротовой полости, вызывать аллергические реакции со стороны тканей ротовой полости и целого организма. Подобные явления возможны при условии общесоматической аллергической предрасположенности пациента к некоторым пластмассам и сплавам, а также способности последних вызывать явления гальваноза, язвенные и другие воспалительные процессы на слизистой полости рта.

Анализ клинического состояния полости рта лиц, пользующихся протезами, убедил нас в том, что нельзя встретить пациента, у которого не было бы изменений тканей протезного ложа при пользовании съемными протезами, даже если протез отвечает всем клиническим и техническим требованиям. Причины этого кроются не только в действиях врача, технике, но и в поведении самого больного, а также конструкции и материала протеза. Изменения тканей протезного ложа зависят также от способа передачи жевательного давления протезом, состояния пародонта оставшихся зубов, времени, прошедшего с момента наложения протеза.

К причинам заболеваний слизистой оболочки протезного ложа следует, в первую очередь, отнести побочное действие протеза. Оно возникает от давления базиса протеза на слизистую оболочку, нарушения естественного самоочищения слизистой оболочки протезного ложа, создания термостата и вакуума под базисом протеза.

Жевательное давление, передаваемое на слизистую оболочку, является для нее неадекватным раздражителем, нарушающим в первую очередь кровообращение.

Наши исследования тканей протезного ложа показали, что через 3-4 года пользования полными и частичными съёмными протезами в собственно слизистом слое твёрдого неба возникают изменения воспалительного характера. С увеличением срока пользования протезом воспалительная инфильтрация захватывает эпителий и роговой слой, который истончается, а иногда и совсем исчезает. В это время клинически определяется разлитое воспаление слизистой оболочки протезного ложа.

Проведенный анализ показывает, что нарушение естественного самоочищения слизистой оболочки протезного ложа (твёрдое небо, альвеолярный отросток, зубодесневой карман) способствует развитию микрофлоры не только в количественном, но и в качественном отношении. Появляющиеся в этих условиях бактериальные токсины вызывают разлитое воспаление слизистой оболочки протезного ложа.

Плохая теплопроводность пластмассового базиса создает своеобразный термостат, с более высокой температурой, чем в полости рта. Под протезом развивается воспаление и застойная гиперемия, создаются условия для нарушения теплообмена, происходит размножение микроорганизмов. Устранение этих побочных явлений весьма затруднительно по той причине, что врач всегда стремится усилить вакуум для лучшей фиксации протеза. Одним из выходов из этого положения является более широкое применение литого металлического базиса, обладающего теплопроводностью.

Полученные данные свидетельствуют о меньшем раздражающем действии съёмных протезов с литыми металлическими базисами на слизистую оболочку протезного ложа по сравнению с частичными съёмными пластиночными протезами из пластмассы. Таким образом, следует отдать предпочтение цельнолитым металлическим базисам перед пластмассовыми базисами не только с точки зрения их большей прочности, тонкости, термопередачи и повышения вкусовых восприятий, но и с точки зрения предупреждения раздражающего действия пластмассового базиса на слизистую оболочку протезного ложа.

СИАЛАДЕНОЗЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Сахарный диабет (СД) поражает все органы и системы человеческого организма, в том числе пищеварительную систему. В патогенезе СД значительное место занимают нарушения водно-солевого обмена, проявляющиеся сухостью слизистых оболочек ротовой полости. Однако поражение слюнных желез при СД изучено недостаточно.

Мы изучали состояние слюнных желез при СД. Больные СД подвергались полному клиническому обследованию. Дополнительно определялись гигиенический индекс по Грину-Вермильону, периодонтальный индекс, проводилась сиалометрия, определялись рН, вязкость, цвет, прозрачность, содержание общего белка, активность альфа-амилазы, щелочной фосфатазы в слюне. Выполнялось цитологическое и микробиологическое исследование мазков со слизистой оболочки полости рта.

Результаты наших наблюдений показали, что поражение слюнных желез наблюдается у 29,5% больных СД. В 92,8% это поражение проявляется в виде интерстициального сиалоза. У лиц с СД II типа с избыточной массой тела сиалоз наблюдается достоверно чаще, чем у лиц с нормальной массой тела. У жителей горной местности частота сиалозов при СД достоверно ниже, чем у жителей равнины. При СД I типа чаще поражаются поднижнечелюстные слюнные железы, при СД II типа - околоушные. Нередко поражение слюнных желез по типу паренхиматозного, интерстициального, протокового сиаладенита является предвестником СД. Данные изучения ферментов в слюне указывают на однонаправленность воздействия повреждающих факторов на поджелудочную и слюнные железы, а также синхронность возникающих в них патологических процессов. Нарушения экзокринной функции слюнных желез отражаются на состоянии гигиены полости рта, создавая "кариесогенную ситуацию", одновременно способствуя росту воспалительных явлений в пародонте. Характер сдвигов в составе слюны указывает на необходимость дополнения программ лечения СД стимулирующей, секретолитической и заместительной коррекцией функции слюнных желез.

Таким образом, СД отрицательно влияет на состояния слюнных желез и ротовой полости. В связи с этим, очевидна необходимость контроля за состоянием слюнных желез, зубов, слизистой оболочки полости рта у больных СД и незамедлительное лечение при выявлении какой-либо патологии в челюстно-лицевой области. В случае выраженного нарушения метаболического контроля, лечебные мероприятия, направленные на нормализацию деятельности слюнных желез, органов полости рта и санацию зубов, должны откладываться до достижения приемлемого контроля заболевания. Тем не менее, острые инфекции требуют немедленного, тщательного лечения - вскрытия и дренирования острых воспалительных процессов в слюнных железах, антибактериальной терапии. Усиление метаболического контроля часто приводит к улучшению течения заболеваний челюстно-лицевой области. Но лечение их должно начинаться уже при наличии приемлемого метаболического контроля, не дожидаясь идеальной компенсации заболевания. В этом случае огромное значение имеет тесное взаимодействие между диабетологами и стоматологами.

НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИМИ СИАЛОПАТИЯМИ

Ордашев Х.А., Шахбанов А.К.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальной проблемой современной стоматологии, привлекающей внимание многих исследователей, являются поражения слюнных желез (СЖ), возникающие в ответ на различные патологические процессы в организме.

Однако, несмотря на целый ряд изученных аспектов этой проблемы, многие вопросы дискутируются. В связи с этим целью настоящей работы явилось повышение эффективности лечения поражений СЖ у больных сахарным диабетом (СД) на основе углубленного изучения характера данных изменений, разработки оптимальных критериев их диагностики и методов корригирующей терапии.

Нами разработана методика ранней диагностики заболеваний слюнных желез и медикаментозной коррекции деятельности слюнных желез у больных СД (рац. предл. №04-1289 от 22 ноября

2004г.). Проведено обследование, лечение и диспансерное наблюдение 578 больных СД. Всем пациентам проведено анкетирование при помощи анкеты, разработанной проф. В.В. Афанасьевым, и дополненной нами для работы с больными, страдающими СД.

При обследовании больных обращает на себя внимание отсутствие ярких клинических симптомов поражений СЖ. В то же время многочисленные симптомы свидетельствовали о нарушении функций этих органов и проявлениях в полости рта, связанных с ними.

Анализ данных сиалометрии позволил выявить у больных СД снижение слюноотделения. Наиболее существенные отличия показателя сиалометрии были получены после стимуляции саливации. Анализ полученных биохимических данных показал, что при СД исходный уровень активности альфа-амилазы смешанной слюны был значительно ниже, чем в контрольной группе. Характерно, что после стимуляции саливации у больных СД не наблюдалось даже тенденции к увеличению, а наоборот, происходило снижение активности данного фермента. О функциональном состоянии клеточных мембран, ацинарных клеток железистой ткани косвенно судили по изменению содержания продуктов ПОЛ (в частности, МДА) и уровня суммарной антиокислительной активности. Анализ этих данных показывает патогенетический характер изменений в системе ПОЛ-АОА у больных СД, а сопоставление значений этих показателей в плазме крови и слюне отражает общий дисбаланс системы ПОЛ-АОА в организме.

Структурные изменения СЖ на органном уровне изучали при помощи контрастной сиалографии. При проведении данного метода исследования удалось установить характерные изменения, отражающие 2 стадии развития поражения СЖ, протекающие преимущественно по интерстициальному типу. Полученные рентгенологические данные коррелируют с результатами морфологических исследований структуры этих органов.

Исходя из положения о том, что развитие патологических изменений в СЖ при СД связано с гипосекрецией и вязкостью слюны, рекомендуем включать в комплексное стоматологическое лечение этих пациентов медикаментозную коррекцию деятельности СЖ, заключающуюся в стимуляции саливации, заместительной, секретолитической терапии.

Анализ непосредственных и отдаленных (до 8 лет) результатов лечения показал, что сочетание медикаментозной коррекции деятельности СЖ с основными лечебно-профилактическими стоматологическими мероприятиями позволяет добиться у больных СД улучшения функциональной активности СЖ. Подобная форма организации медицинской помощи больным СД дает возможность осуществить высококвалифицированное комплексное обследование, обеспечить преемственность в лечении пациентов на различных этапах и, главное, создает условия для тесного контакта эндокринологов и врачей-стоматологов, занимающихся медицинской реабилитацией данного контингента больных.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Османов А.О., Магомедова С.М.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Метод УЗИ неинвазивен, доступен и обладает достаточной информативностью в диагностике острого аппендицита. Признаками острого аппендицита являются увеличение диаметра червеобразного отростка, утолщение его стенки, ригидность при применении дозированной компрессии на переднюю брюшную стенку, наличие свободной жидкости в правой подвздошной области и ряд других признаков [1, 2]. УЗИ позволяет визуализировать степень деструкции острого аппендицита и определить точную локализацию в брюшной полости [3, 4].

Целью нашей работы было изучение возможностей ультразвукового исследования брюшной полости в диагностике острого аппендицита в зависимости от формы воспаления и расположения червеобразного отростка.

Материал и методы исследования. В основу работы положен анализ результатов обследования и лечения 377 больных с острым аппендицитом, проходивших лечение на клинической базе кафедры хирургии ФПК и ППС ДГМУ. Больные распределены на 2 группы: контрольную и основную. Контрольную группу составили 258 больных с острым аппендицитом, которым диагноз выставлен без использования УЗИ. В основную группу вошло 119 пациентов, ко-

торым в дооперационном периоде проводилось УЗИ червеобразного отростка.

Результаты и обсуждение. К прямым ультразвуковым признакам острого аппендицита относятся: слоистость контура червеобразного отростка; наличие симптома «мишени»; четкая продольная структура; ригидность червеобразного отростка; усиление кровотока вокруг купола слепой кишки. Диаметр червеобразного отростка увеличивается, видны утолщенные стенки более 3 мм, диаметр более 7 мм, усиливается кровоток. К косвенным признакам острого аппендицита относят: наличие свободной жидкости в правой подвздошной области и малом тазу; изменение перистальтики кишки; утолщение купола слепой кишки; увеличение диаметра дистального отдела подвздошной кишки; повышение эхогенности жировой ткани вокруг слепой кишки и вокруг червеобразного отростка; газ вне просвета кишки; увеличенные лимфоузлы в правой подвздошной области. При катаральном аппендиците наблюдается: сохранность слоистости стенки червеобразного отростка; увеличение лимфатических узлов; жидкость в правой подвздошной области; повышение эхогенности жировой ткани вокруг слепой кишки и червеобразного отростка. При флегмонозном аппендиците наблюдается: прямые признаки - увеличение диаметра червеобразного отростка до 0,9-1,5 см; слияние его слоев, утолщение стенки аппендикса до 4-6 мм; симптом «мишени» при поперечном сканировании, а при продольном - тубулярная структура, повышение ригидности отростка; наличие небольшое количество выпота рядом с червеобразным отростком; при наличии в просвете червеобразного отростка газа или копролитов - гиперэхогенные включения с акустическими проявлениями. Косвенными сонографическими признаками при этом являются: расширенные петли подвздошной кишки; изолированная пневматизация восходящего отдела толстой кишки; скопление свободной жидкости в правой подвздошной ямке и др. Сонографическими признаками гангренозной формы являются: прямые признаки - прерывность слоистости стенки червеобразного отростка; неравномерное его утолщение, наличие вокруг него инфильтрата; утолщение стенки купола слепой кишки; отсутствии визуализации стенки червеобразного отростка при перфорации червеобразного отростка. Отсутствует внутренний гиперэхогенный ободок на том или ином протяжении червеобразного отростка, средний

гипоэхогенный слой также визуализируется неотчётливо и более заметен при наличии жидкого содержимого в полости отростка. Косвенными сонографическими признаками гангренозного аппендицита явились: изолированная пневматизация восходящего отдела толстой кишки, утолщение стенки и повышение эхогенности жировой ткани вокруг купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки, увеличение их диаметра, скопление свободной жидкости в правой подвздошной ямке, увеличение регионарных лимфатических узлов, наличие анэхогенного жидкостного содержимого в петлях тонкой кишки.

Таким образом, УЗИ червеобразного отростка позволяет определить степень деструкции его стенки.

Список литературы:

1. Кригер, А.Г. Острый аппендицит.
2. А.Г.Кригер, А.Ф.Фёдоров, П.К.Воскресенский. Острый аппендицит. -М.: Медпрактика, 2002.
3. Османов А.О. Эхосонография брюшной полости в дифференциальной диагностике аппендицита / Анналы хирургии. - 2007.-№1. -С. 47-51.
4. Puylaert J.B., Riox M. Us examination of the acute right lower abdomen // Abstract Book 8th Annual Meeting "Clinical Gastrointestinal Radiology Update for the New Millennium". - Amsterdam, 1997. -P.58.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ

Османов О.М, Магомедов А.А.

Московская городская больница №67

Минимальная инвазивная хирургия щитовидной железы остается редким. Здесь мы представляем новый метод, видеоассистированной эндоскопической тиреоидэктомии (ВЭТ) для лечения различных доброкачественных заболеваний щитовидной железы.

Цель: изучить эффективность видеоассистированной эндоскопической тиреоидэктомии.

Методы. Всего было ретроспективно изучено 16 послеоперационных пациентов, которым проводилось ВЭТ по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы. В исследуемую группу

вошли узловая гиперплазия у 8 пациентов, фолликулярная аденома у 6, опухоль Гюртля и простая киста у 1 пациента. На надгрудной вырезке был сделан поперечный разрез длиной 2-3 см. Рану углубляли, чтобы обнажить нижележащую трахею, из которой непосредственно выходила плоскость фасции щитовидной железы, а рабочее пространство устанавливали методом лифтинга с использованием обычного инструмента. Все хирургические процедуры могут быть манипулированы и контролироваться под контролем лапароскопии без газовой инсуффляции. Главным инструментом, используемым для ВЭТА, был скальпель с ультразвуковой активацией.

Результаты. Все 16 пациентов успешно перенесли ВЭТ без перевода на открытую тиреоидэктомию. Хирургические процедуры включали лобэктомию в 13 случаях и экстирпацию в 3 случаях. Время работы составляло от 28 минут до 3 часов (в среднем 1 час 43 минуты). В 5 самых последних случаях лобэктомия занимала в среднем 2 часа, тогда как экстирпация менее 40 минут. Размер опухоли колебался от 3,5 см до 6,5 см (в среднем 4,7 см). Никаких хирургических осложнений не было. Все пациенты, кроме 1, были выписаны на 2-е сутки послеоперационного периода. Во время наблюдения у всех пациентов была отмечена эутиреоидная функция и удовлетворительные косметические результаты.

Вывод. Видеоассистированная эндоскопическая тиреоидэктомия является перспективным малоинвазивным хирургическим методом, заменяющим традиционную тиреоидэктомию при доброкачественных заболеваниях щитовидной железы в отдельных случаях, с преимуществом удовлетворительных косметических результатов.

ГИПОТИРЕОЗ ПОСЛЕ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИИ: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА

Османов О.М., Магомедов А.А.

Московская городская больница № 67

Цель: оценить частоту развития постгемитиреоидэктомиического гипотиреоза и выяснить возможные факторы риска, что указывает на необходимость пациентам мониторинга функции щитовидной железы после оперативного вмешательства.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ пациентов с доброкачественными нетоксическими заболеваниями щитовидной железы, перенесших гемитиреоидэктомию в период с апреля 2011 по ноябрь 2019 г. Все пациенты находились в эутиреоидном состоянии до операции. Образцы ткани щитовидной железы были исследованы на гистоморфологию и степени лимфоцитарной инфильтрации в ткани щитовидной железы. Функция щитовидной железы была оценена снова через шесть недель после операции.

Результаты. Для настоящего исследования были отобраны 120 пациентов, которым была выполнена гемитиреоидэктомию. Все они имели нормальную предоперационную функцию щитовидной железы. Через шесть недель после операции в 27% случаев развился гипотиреоз (в 6% - явный манифестный гипотиреоз и в 21% - субклинический гипотиреоз). Средний дооперационный уровень тиреотропина был достоверно выше в гипотиреоидной группе, чем в эутиреоидной ($1,9 \pm 1,2$ против $1,1 \pm 0,7$ мкМЕ/мл). У 58,3% пациентов с предоперационным уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) более или равным 2 мкМЕ/мл развился гипотиреоз по сравнению только с 17,1% пациентов с предоперационным уровнем ТТГ. У 15 больных имелась выраженная лимфоцитарная инфильтрация (степень 2-4), у 9 из них (60%) - послеоперационный гипотиреоз. Напротив, только у 18 из 85 пациентов (21,2%) с минимальными инфильтратами (grade 0-1) развился гипотиреоз (отношение шансов 5,6).

Заключение. У двадцати семи процентов пациентов в настоящем исследовании развился гипотиреоз после гемитиреоидэктомии. Предоперационная ТТГ более 4 мкМЕ/мл и значительная лимфоцитарная инфильтрация в ткани щитовидной железы или тиреоидит требуют послеоперационного тщательного мониторинга ТТГ. Осознание таких факторов риска развития послеоперационного гипотиреоза позволит улучшить качество жизни у пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА И ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

¹Рагимов Р.М., ²Османов А.О., ²Хамидов М.А., ¹Абдуллаева Н.М.

¹Кафедра нормальной физиологии, ²кафедра хирургии ФПК ППС
с курсом эндоскопической хирургии ФГБОУ ВО ДГМУ

Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Распространенный гнойный перитонит сопровождается избыточным поступлением в биологические среды организма микробных антигенов и бактериальных токсинов. Это приводит к эндогенной интоксикации, а в конечном итоге, полиорганной недостаточности (И.А. Ерюхин, 2003; Luiten E.J. e.a., 1997).

Развитие осложнений в значительной степени связано с нарушениями в работе иммунной системы. В литературе имеются сообщения о целесообразности внутрибрюшного введения перфторана при перитоните, в том числе, и с целью профилактики послеоперационных осложнений и иммунокоррекции.

Цель работы: оценить микробицидные свойства озонированного перфторана и его влияние на показатели врожденного иммунитета при перитоните.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 48 лиц с диагнозом: «Перитонит», которые по методу случайного отбора были разделены на две группы: основную и контрольную. Основную группу составили 24 пациента, которым при проведении хирургического этапа лечения, дополнительно к стандартному лечению осуществлялось еще орошение брюшной полости озонированным перфтораном из расчета 1 мл/кг массы больного и внутривенное его введение из того же расчета с заданной концентрацией озона 5000 мкг/л. Контрольной группы больным проводилось только стандартное лечение. При поступлении, а также на 3-и и 5-е сутки лечения была исследована кровь на состояние показателей врожденного иммунитета. Кроме того, во время операции и в динамике лечения из дренажных трубок брали пробы перитонеального экссудата для определения микробного пейзажа. Определение родовой и видовой принадлежности микроорганизмов проводилось по культуральным, морфологическим и биохимическим признакам.

Результаты исследования. Исходные данные, отражающие врожденный иммунитет, у больных основной и контрольной групп

были сопоставимы, но явно отличались от таковых крови добровольцев, показатели которых приняты за норму. В основной группе количество лейкоцитов крови до лечения в среднем составляло $(12,67 \pm 3,10) \times 10^9/\text{л}$, что превышало норму в 1,5-3,5 раз. При этом отмечалось снижение числа функционально активных нейтрофильных лейкоцитов до $53,08 \pm 5,73\%$ (в норме – $64,5 \pm 4,84\%$) и индекса завершенности фагоцитоза. Цитохимические показатели указывали на угнетение их интрацеллюлярной микробицидности: количество катионных белков уменьшалось до $0,83 \pm 0,09$ у.е., миелопероксидазы – до $1,52 \pm 0,19$ у.е. (в норме $1,17 \pm 0,07$ у.е. и $2,04 \pm 0,10$ у.е. соответственно). Низкими были уровни бактерицидной активности сывортки и лизоцима.

На 3-и сутки лечения в клинических группах по ряду показателей выявились значимые расхождения. Так, количество лейкоцитов крови больных основной группы снижалось в среднем до $(9,27 \pm 0,89) \times 10^9/\text{л}$. Фагоцитарное число составляло $61,0 \pm 3,98\%$, а фагоцитарный индекс был ниже нормы, но имел положительную динамику. Такая тенденция наблюдалась в отношении миелопероксидазы, катионных белков и сыворточной бактерицидной активности ($82,17 \pm 9,28\%$). Уровень лизоцима увеличился на 32,5% и составил $3,58 \pm 1,48$ мкг/мл. На 5-е сутки наблюдения все эти параметры в основной группе были близки к норме, тогда как в контрольной группе они существенно не отличались от исходных данных.

Результаты микробиологического исследования перитонеального экссудата у больных основной и контрольной групп до лечения показали, что микробная контаминация брюшной полости зависела от ряда факторов: причины перитонита, уровня локализации дефекта кишечной стенки, количества излившегося содержимого, от срока перитонита и исходного иммунного статуса больного.

Проводимое в контрольной группе больных стандартное лечение было эффективно в тех случаях, когда перитонит протекал в лёгкой форме, носил местный характер и хирургическое лечение начато в ближайшие 24 часа от начала заболевания; когда лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) составлял менее 3-3,5 и Майнгамский индекс перитонита (МПИ) – менее 21 балла. При перитоните средней и тяжелой степени тяжести стандартное лечение не всегда оказывалось достаточно эффективным. Курс антимикробной терапии в контрольной группе длился, в зависимости от тяжести перитонита, от 5 до 10 дней.

Подключенное к стандартному лечению в основной группе больных внутрибрюшное орошение озонированным перфтораном и его внутривенное введение оказалось довольно эффективным. Полная санация брюшной полости через сутки после терапии озонированным перфтораном у больных основной группы явилась, скорее всего, результатом микробицидного влияния озона на микроорганизмы, о чём свидетельствовали и микробиологические исследования. Перфторан оказывал антигипоксическое действие, проявлял сорбционные свойства, стимулировал микро- и макрофагальную систему брюшной полости.

Таким образом, явный лечебный эффект озонированного перфторана при перитонитах проявлялся на 2-5-е сутки с начала комплексного лечения.

СПОСОБ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Рамазанов М.Р., Абдурахманова З.М., Магомедов О.М.,
Рамазанова М.М., Брежнев В.Ф., Алиев Э.А.**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
Дагестанский государственный технический университет,
г. Махачкала

В настоящее время заболеваемость раком молочной железы среди злокачественных опухолей у женщин в Российской Федерации (42,6 на 100 тыс. населения) находится на первом месте со среднегодовым приростом 2,5% и аналогичная ситуация наблюдается в Республике Дагестан (15 на 100 тыс. населения).

Лечение рака молочной железы является актуальной проблемой (Каприн А.Д. с соавт., 2018; Семиглазов В.Ф. с соавт., 2018; Lacey et al., 2009).

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения рака молочной железы с символами T₂₋₃N₁₋₂M₀ путём разработки нового способа мастэктомии.

Материал и методы исследования. Мастэктомии по поводу рака молочной железы выполнены у 87 женщин после предоперационной гамма-терапии и химиотерапии. Из них в контрольную группу вошли 40 больных, а в основную группу – 47.

На дооперационном этапе применяют такую уточняющую диагностику, как УЗИ, маммография, компьютерная томография, цитологическое исследование пунктата опухоли и лимфоузлов, трепан-биопсия опухоли с последующим гистологическим исследованием, диагностику сторожевого лимфоузла и другие современные исследования.

Во время операции применяли такую уточняющую диагностику, как трансиллюминационное исследование, определяли насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови, люминесцентный метод для выявления распространённости рака молочной железы, лимфографию с помощью метиленового синего и при необходимости выполняли срочное цитологическое и гистологическое исследование.

Критериями включения пациентов в исследования были наличие рака молочной железы, информированное письменное согласие пациента на участие в данном исследовании.

Критериями исключения больных из исследования составили: тяжёлая почечная или печёночная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, отказ пациента от участия в данном исследовании.

Статистическую обработку результатов проводили с помощью пакета программ Statistica 6,0 (Stat. Soft Inc., США). Количественные сведения представлены в виде средних значений и их стандартных отклонений ($M \pm m$). Статистическую значимость различий оценивали по t-критерию Стьюдента, которую оценивали на уровне $P < 0,05$.

Результаты исследований и их обсуждение. Существующие на сегодняшний день операции по поводу рака молочной железы как мастэктомии по W. Halstrem (1889), P. Patey (1948), J. Urban (1951), O. Wangenstein (1952), С. Холдину (1955), Н. Auchincloss (1963), J. Madden (1973), А.Х. Исмагилову (1998), О.Б. Дружкову (1999) и другие имеют свои недостатки:

1) во время операции не выясняют распространённость рака молочной железы;

2) при наличии подключичного сторожевого лимфоузла отвести грудные мышцы полностью не удаётся ассистенту для выполнения лимфаденэктомии;

3) в препарат включают излишние здоровые ткани;

4) остается иногда очаг метастаза в организме женщины.

Сущность предложенной нами мастэктомии при наличии сторожевого лимфоузла в подключичной области заключается в следующем.

Производят разрез кожи вокруг молочной железы, отступив от края опухоли на 5 см. Кожные края отсепаируют. Пересекают поверхностную фасцию груди по краю большой грудной мышцы и обнажают эту мышцу. Исследуют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в грудных мышцах и в регионарных лимфоузлах разработанным нами аппаратом (RU2581266). При наличии нормальных показателей насыщения гемоглобина артериальной крови в грудных мышцах ($90\pm 1\%$) мобилизуют большую грудную мышцу и пересекают её. Затем пересекают малую грудную мышцу. Края мышцы отводят в сторону крючком. Определяют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови в подключичных лимфоузлах. При наличии метастаза в лимфоузле обнаружены показатели насыщения кислородом гемоглобина артериальной крови равные 45%, а в норме этот показатель составил 90%. Вместе с клетчаткой включают в препарат подключичные лимфоузлы. Восстанавливают целостность большой и малой грудных мышц, накладывая швы на месте пересечения грудных мышц при отсутствии в них очагов рака. Нами подана заявка на патент в Патентный институт.

Способ создает адекватный доступ к подключичным лимфоузлам молочной железы, исключает наличие метастазов и очагов рака молочной железы в большой и малой грудных мышцах. Сохраняется эстетический вид после операции.

Предложенный нами способ имеет следующие преимущества.

1. В большой и малой грудных мышцах, а также в регионарных лимфоузлах исследуют насыщение кислородом гемоглобина артериальной крови на предмет наличия метастазов рака.

2. Не нужна излишняя травма для распространения рака, производя срочное цитологическое и гистологическое исследование биоптатов, взятых с подозрительных участков на наличие очагов рака или метастазов в грудных мышцах и в регионарных лимфоузлах.

4. Пересекая большую и малую грудные мышцы, создается оптимальный доступ для подключичной лимфаденэктомии.

5. После пересечения большой и малой грудных мышц, а также подключичной лимфаденэктомии восстанавливают целостность

грудных мышц путем узловых швов, что создает лучший эстетический вид, и не наблюдается свисание плеча в послеоперационном периоде.

6. Исключается лимфостаз верхней конечности за счет сращения кожи с подключичными, подмышечными сосудами и сдавления рубцов на эти сосуды.

Осложнений после выполнения мастэктомий по предложенной методике у 47 больных не было. Из 47 больных у 17 с символами T3N2M0 выполнена мастэктомия типа Холстеда из-за наличия интраорганных метастазов, наличия метастазов в регионарных лимфоузлах и перехода рака на грудные мышцы. Этим всем больным проведена химиотерапия после определения чувствительности химиопрепарата к раку молочной железы. Из 40 больных контрольной группы у 3 больных установлена лимфорея, у 2 больных – рецидив рака и 2 двух больных некроз мобилизованных кожных для закрытия послеоперационной раневой поверхности после мастэктомии.

Вывод. Предложенный способ мастэктомии улучшает результаты лечения рака молочной железы при наличии метастаза рака в подключичном лимфоузле с символами T₂₋₃N₁₋₂M₀.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХИМИОПРЕПАРАТА К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Рамазанов М.Р., Абдурахманова З.М., Магомедов О.М.,
Рамазанова М.М., Брежнев В.Ф.**

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
Дагестанский государственный технический университет,
г. Махачкала

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения рака молочной железы с символами T₂₋₃N₁₋₂M₀ путём разработки способа химиотерапии.

Материал и методы исследования. Нами получен патент RU 2534410 «Способ определения чувствительности злокачественной опухоли к химиопрепарату», который получил серебряную медаль на XVIII Московском международном салоне изобретений и инновационных технологий в 2015 году.

Сущность разработанного нами изобретения заключается в следующем. У больной берут биопсийный материал троакаром из опухоли молочной железы. С помощью соскоба берут материал с поверхности биопсийного кусочка рака и наносят взятый материал на предметное стекло. Ещё одно предметное стекло прикладывают к предметному стеклу с раковыми клетками для того, чтобы был одинаковый материал.

На предметных стёклах делают метки: контрольный материал и основной материал. Контрольный материал окрашивают по Романовскому–Гимзе на предмет наличия раковых клеток. При наличии раковых клеток, которое подтверждено под микроскопом на контрольном предметном стекле, на основной материал капают 10-15 капель раствора химиопрепарата в соотношении: 4500 физиологического раствора и 750 мг фторурацила. Раствор готовят исходя из того, что в организме человека циркулирует в среднем у взрослого человека циркулирует в среднем 4500 мл крови, а разовая доза фторурацила составляет 750 мг. Следовательно, до раковой опухоли больной доходит 750 мг фторурацила, растворённого в 4500 мл крови в соотношении 4500:750 мг. Если сократить соотношение на 50, то получится соотношение 30 мл: 5 мг фторурацила.

Таким образом, в 30 мл физраствора растворяют 5 мг фторурацила и получают в такой концентрации фторурацил, который поступает в составе крови к раку молочной железы. Приготовленный раствор фторурацила в 30 мл физраствора растворённый 5 мг фторурацила капают на основное предметное стекло с раковыми клетками в количестве 10-15 капель на 2 часа.

По истечении 2 часов основной материал окрашивают трепановым синим и смотрят под микроскопом. Если на предметном стекле нет окрашенных раковых клеток, то это означает, что раковая опухоль больной чувствительна к фторурацилу. В случае обнаружения раковых клеток на предметном стекле основного материала, то считается фторурацил не чувствителен раку молочной железы пациента.

Вместо фторурацила можно использовать любой другой химиопрепарат, выполнив соответствующие вычисления по предложенной схеме.

Результаты исследования и их обсуждение. Предложенный способ применён у 47 больных раком молочной железы с символами T2-3N1-2M0 с хорошими результатами. У всех больных обнаружена 5 летняя выживаемость.

У 2 больных оказался фторурацил не чувствительным, у 5 больных - метотрексату, у 7 больных - циклофосфану.

Это обосновано тем, что иногда выпускают недоброкачественные химиопрепараты, в ряде случаев наступает привыкание раковых клеток к химиопрепарату.

Вывод. Разработанный способ является эффективным при химиотерапии рака молочной железы.

ЗНАЧЕНИЕ РЕЛЬЕФА ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Расулов И.М., Шахаев Г.Ш., Гусенов Г.Р.

Кафедра ортопедической стоматологии ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала

Изучение анатомического строения жевательной поверхности зубов человека представляет большой практический и теоретический интерес и является важным условием для решения проблемы профилактики, диагностики и лечения кариеса.

В работах ряда авторов указывается, что кариес чаще всего локализуется в фиссурах жевательных зубов. Джозеф Эйзенштэdt писал: «Нормальная окклюзия - это такое соотношение зубов и зубных дуг, при котором наблюдается гармоничное смыкание зубов, способствующее максимально эффективному жеванию при минимальной возможной нагрузке на зубы».

Целью нашей работы было определение частоты локализации кариеса в фиссурах жевательных зубов в зависимости от выраженности рельефа окклюзионной поверхности. Нами изучены 30 моделей нижней челюсти. Выявлено, что кариозные и интактные зубы имеют различный рельеф окклюзионной поверхности. Наибольшая исчерченность жевательной поверхности имеют кариозные зубы по сравнению с интактными. Исчерченность жевательной поверхности кариозных моляров в основном зависело от глубины фиссур и высоты бугров.

Рельеф окклюзионной поверхности жевательных зубов определяется характером физиологических движений нижней челюсти. Между морфологией жевательных поверхностей и движениями челюсти при жевании существует взаимосвязь. Глубина и форма суставных ямок височной кости вместе с характером жевательных

движений определяют форму окклюзионных поверхностей премоляров и моляров. Зубы имеют такую форму и такое расположение в зубных рядах, что в норме при жевании и глотании окклюзионные препятствия отсутствуют. От модели жевания зависит направление и траектории смещения краев резцов и вершин клыков при физиологических движениях. В зубопротезной технике - это важнейший фактор, определяющий расположение бугров и задающий направление окклюзионных борозд и краевых эмалевых валиков верхних и нижних жевательных зубов.

Форма. Функциональными являются небные бугорки верхних зубов и щечные бугорки нижних зубов. Контактные зоны, приходящиеся на краевые валики и/или ямки антагонистов, широкие и плоские. Контактные зоны имеют достаточно большой диаметр, что обуславливает отсутствие преждевременных контактов во время функциональной активности. При жевании треугольные валики (внутренние скаты бугров) не контактируют с антагонизирующим зубным рядом. Форма и направление борозд и вторичных валиков определяются характером движений вершин антагонизирующих бугров. От глубины суставных ямок зависит выраженность рельефа окклюзионной поверхности. Центрические контакты расположены в окклюзионных ямках и на краевых эмалевых валиках жевательных зубов. Величина ямок и высота краевых валиков соответствуют величине вертикального резцового перекрытия, которое, в свою очередь, соответствует глубине суставных ямок. Поэтому, чем глубже суставные ямки, тем выраженнее окклюзионные ямки и выше краевые валики.

Соотношение первых моляров. Любая классификация положения зубов должна описывать характер фиссурно-бугорковых соотношений. Наибольшую популярность приобрела классификация типов окклюзии, предложенная Эдвардом Энгле. Она описывает вид смыкания зубов в максимальной окклюзии и основана на соотношении коронок первых моляров. По Энглу в норме передне-щечный бугорок первого верхнего моляра приходится на срединно-щечную борозду первого нижнего моляра. Любые отклонения от этого соотношения свидетельствуют об аномалиях прикуса. Под нарушениями прикуса подразумевается наличие нефизиологических контактов верхних и нижних зубов, другими словами, ненормальных окклюзионных соотношений. Энгл описал 4 класса расположения зубов: класс I - нормальная окклюзия и классы I, II и III -

нарушения окклюзии. Любые отклонения от соотношения первых моляров по I классу считаются нарушением прикуса. Это общепризнанный факт, хотя во время функциональных движений (жевания и глотания) нарушений может и не быть. Глотание и пережевывание пищи при соотношении первых моляров, отличающемся от класса I, может осуществляться без каких бы то ни было дисфункциональных проявлений со стороны зубных рядов, ВНЧС и мышц.

Таким образом, выявлено, что выраженность окклюзионной поверхности жевательных зубов имеет важное значение в развитии стоматологических заболеваний. Знание этой особенности имеет значение не только в клинике ортопедической стоматологии при изготовлении искусственных зубов и коронок, но и в профилактике заболеваний зубочелюстной системы.

РЕПРОДУКТИВНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВОЙ И ПРЕДРАКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ

Сулейманова Н.Д., Хархачаева С.М.

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического, стоматологического и медико-профилактического факультетов
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. В современной гинекологии существует множество способов лечения патологических состояний шейки матки различной этиологии, при этом приоритетным в клинической практике признан метод радиоволновой хирургии шейки матки. С помощью метода радиоволновой хирургии можно проводить широкий спектр лечебно-диагностических воздействий при заболеваниях наружных половых органов, влагалища и шейки матки. Радиохирургический метод имеет ряд преимуществ по сравнению с другими деструктивными методами как в медицинском, так и экономическом плане. Он позволяет производить бескровную биопсию с поверхности шейки матки, выполнять конизацию, лечение зоны деформации шейки матки за один амбулаторный прием.

Цель исследования: изучение особенностей репродуктивного здоровья женщин, обратившихся для проведения деструктивного

метода лечения фоновой и предраковой патологии шейки матки методом радиоволновой хирургии.

Материалы и методы. Проведено изучение 50 амбулаторных карт пациенток Центра репродуктивного здоровья «Фемели» г. Махачкала методом случайной выборки, обратившихся в 2017 году для проведения лечения фоновой и предраковой патологии шейки матки методом радиоволновой хирургии. Основными показаниями для проведения данного вида лечения явились: CIN- II, рубцовая деформация шейки матки в сочетании с эктропионом, эндометриоз шейки матки, лейкоплакия, папилломавирусная инфекция шейки матки. К моменту проведения радиоволнового метода лечения патологии шейки матки средний возраст пациенток составил 31,2 года.

Результаты исследования. Анализ амбулаторных карт пациентов показал следующее: в возрастном отношении 80% обратившихся составляли женщины репродуктивного возраста. До проведения радиоволновой коагуляции шейки матки, патология шейки матки в изолированном виде встречалась лишь у 5 женщин (10%), у остальных – она сочеталась с различными гинекологическими заболеваниями, преобладающими из которых являлись воспалительные заболевания органов малого таза, включая: хронические сальпингооофориты – у 21 пациентки (42%), неспецифические вагиниты – у 28 (56%), инфекции, передающиеся половым путем – у 27 (54%). В структуре инфекционной патологии в 2 случаях выявлена хламидийная инфекция (4%), в 13 – уреамикоплазменная инфекция (26%), у 13 – папилломавирусная инфекция (26%); у 8 – были сопутствующие кондиломы вульвы и влагалища (16%). 31 пациентка состояла в браке, 19 – имели от 1 до 3 половых партнеров за последние 2 года. При этом преобладающим методом контрацепции в обеих группах являлись механическая контрацепция (41% у первых и 36% у вторых) и прерванный половой акт (35% и 38% соответственно). У 76% (38) пациенток в анамнезе были указания на беременности, завершившиеся родами (количество родов от 1 до 3), у 38% (19 женщин) – медицинские аборт и у 8% (4 женщины) – самопроизвольные прерывания беременности. Сопутствующая экстрагенитальная патология у пациенток основной группы выявлена у 52,4% женщин. Чаще отмечались заболевания желудочно-кишечного тракта (14,9%), мочеполовой (8,9%), сердечно-сосудистой (8,9%), дыхательной (7,1%) систем, хронический тонзиллит – у 13,7%.

На основании вышеизложенного можно сделать **выводы:**

1. При анализе возрастного состава пациенток, обратившихся для проведения лечения фоновой и предраковой патологии шейки матки методом радиоволновой хирургии, в подавляющем большинстве выявлены женщины репродуктивного возраста.

2. Выявлена зависимость фоновой и предраковой патологии шейки матки от репродуктивного анамнеза, сопутствующей гинекологической патологии и способов контрацепции.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНИЙ

Халитов И.А., Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А.

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, кафедра неврологии, нейрохирургии и медгенетики
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Наше сообщение основано на анализе наблюдений над ранеными, которые находились на лечении в нейрохирургическом отделении и отделении челюстно-лицевой хирургии республиканской клинической больницы г. Махачкала. Всего было 43 раненых. Из них мужчин 40, женщин 3. Возраст больных колебался между 14 и 45 годами. Изолированное ранение черепа и головного мозга наблюдалось у 10 пострадавших. Из них касательное ранение черепа - 2, слепое огнестрельное ранение - 6 пострадавших, сквозное ранение черепа и головного мозга - 2 пострадавших. Изолированная челюстно-лицевая травма у 33 больных, из них ранение верхней челюсти - 16, повреждение нижней челюсти - 17. У раненых имелось сочетание одномоментного ранения черепа и головного мозга и челюстно-лицевой области.

При сочетании черепно-мозгового и челюстно-лицевого ранений доминирующим являлась черепно-мозговая травма, осложнённая нарушением внешнего дыхания, аспирацией крови с истечением и аспирацией спинномозговой жидкости.

В большинстве случаев ранения наносились пулями из огнестрельного оружия. Тяжесть состояния обуславливалось глубиной и расположением раневого канала, обширности повреждения ткани

мозга, повреждением магистральных сосудов головного мозга. При слепом и сквозном ранении головного мозга тяжесть состояния и нарушение жизненно важных функций организма зависело от прохождения раневого канала по отношению к срединным структурам головного мозга. Разрушение срединных структур головного мозга заканчивалось гибелью пострадавшего в различное время после ранения. При латеральных повреждениях головного мозга раненные выздоравливали с различным неврологическим дефицитом. В одном случае сквозное огнестрельное ранение с входным отверстием в левой глазнице, выходное в области затылка завершилось выздоровлением больного без значительного неврологического дефицита. В послеоперационном периоде развились эпилептические припадки. В другом случае сквозного огнестрельного ранения входное отверстие локализовалась в лобно-теменной области, а выходное области подбородка. Больной выздоровел, но в послеоперационном периоде длительное время наблюдалось истечение спинномозговой жидкости через носовые ходы. При изолированных ранениях нижней челюсти в большинстве случаев нарушение сознания и очаговая неврологическая симптоматика не отмечалась. При ранениях верхней челюсти разрушение костей лицевого скелета и повреждение мягких тканей лица сочеталось с различной по степени нарушением функции головного мозга. Клинически это выражалось сотрясением или ушибом головного мозга тяжёлой степени с субарахноидальным кровоизлиянием.

При лечении больных с огнестрельными ранениями мы придерживались тактики, описанной в трудах «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941-45 гг». При разрезе мягких тканей учитывался радиарный ход сосудов и нервов мягких тканей головы. При сквозных ранениях вначале производили обработку входного отверстия с удалением костных отломков и мозгового детрита из раневого канала. При слепых ранениях к удалению снаряда (пули, шрапнели или другого инородного тела) относились неоднозначно. В случае трудно доступной локализации инородного тела использовали укладку раненого в постели, при которой снаряд в силу своей тяжести по ходу раневого канала выходил на периферию. При этом осуществлялся периодический рентгеновский контроль. В одном случае пуля из глубоких отделов полушария мозга выпала в подбололочечное пространство, откуда была удалена.

Остановки кровотечения, предупреждение или борьбу с асфиксией производились как неотложные лечебные мероприятия.

Первичная хирургическая обработка ран, удаление инородных тел из раневого канала, вправление отломков костей лицевого скелета с фиксацией как срочное оперативное вмешательство в первые сутки после поступления.

При обработке ран мы не накладывали глухой шов на твёрдую мозговую оболочку, рекомендуемый в руководствах, так как в послераневом периоде достаточно долго продолжается истечение разрушенного мозгового детрита.

При тяжёлом состоянии больного с неустойчивыми жизненными функциями специализированное хирургическое вмешательство производилось отсрочено.

Первичная хирургическая обработка огнестрельных ранений органов и тканей черепно-лицевой области предусматривала тщательное удаление размозжённых нежизнеспособных тканей, свободно лежащих костных отломков челюстей, остатков разбитых kariозных зубов и инородных тел.

Наш небольшой опыт показывает, что сочетанные и изолированные черепно-мозговые и челюстно-лицевые огнестрельные ранения требуют высокотехнологичного обследования и хирургического лечения, а также дальнейшего изучения.

ВЫБОР МЕТОДА БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

**Хамидов М.А., Магомедов М.М., Магомедов Х.М.,
Магомедов М.А.**

Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии
ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г. Махачкала

Цель работы: изучить эффективность открытых и малоинвазивных методов билиарной декомпрессии при механической желтухе (МЖ) у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2018 гг. в хирургической клинике пролечено 180 пациентов с МЖ. Возраст пациентов от 68 до 82 лет. Двухэтапную хирургическую тактику при МЖ при-

менили в 53,4% случаях, а у 46,6% больных выполнены одноэтапные оперативные вмешательства.

Результаты и обсуждения. У 123 (68,3%) пациентов с уровнем билирубина более 100 мкмоль/л, с длительностью МЖ более 8 суток и сердечно-легочной недостаточностью III стадии проводили двухэтапные вмешательства. Осложнения отмечены у 8 (4,4%) пациентов. Летальных случаев не было. У 57 (31,7%) пациентов с уровнем билирубина менее 100 мкмоль/л, с длительностью МЖ не более 4 суток, компенсированной или субкомпенсированной сопутствующей патологией, а также при отсутствии гнойного холангита выполняли одноэтапные вмешательства. Осложнения диагностированы в 12 (6,6%) случаях. Умерли 3 (1,7%) больных.

Вывод. Применение малоинвазивных методов билиарной декомпрессии при МЖ у пациентов пожилого и старческого возраста позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 2 раза. Двухэтапная хирургическая тактика при МЖ для пациентов данной возрастной категории является приоритетной.

БИОСОВМЕСТИМЫЕ НАНОПЛЕНКИ ДЛЯ ИМПЛАНТАНТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ (предварительное сообщение)

¹Хамидов М.А., ¹Рагимов Р.М., ¹Магомедов М.П.,
^{1,2}Абдулагатов И.М., ^{1,2}Абдуллаева Н.М., ¹Гасанбекова З.М.,
¹Абдуселимова Д.А., ¹Асадулаева З.М.
¹ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России,
²Дагестанский государственный университет, г. Махачкала

Актуальность. Грыжа передней стенки живота является одной из наиболее распространенных патологий в мировой статистике. Она диагностируется примерно у 7% населения планеты. Ежегодно в мире производится около 20 млн операций по герниопластике, из них 2/3 – с применением различных грыжевых сеток. Но, несмотря на широкий их выбор, число послеоперационных осложнений не уменьшается. При этом инфекционные осложнения встречаются в 8% случаях.

С целью снижения послеоперационных осложнений производятся многочисленные экспериментальные исследования по созданию новых составов сеток, а также их покрытий. Так, в институте

патологии и нейропатологии (Тюбинген, Германия), создано покрытие с применением биоразлагаемых микросфер полилактид-СО-гликолидной кислоты, в Карловом университете (Прага, Чехия) создали сетку из полипропилена и poly-ε-капролактона (PCL), а в Институте функциональной и клинической анатомии (Майнц, Германия) – с поли-Р/коллагеновым покрытием. Несмотря на такое количество предлагаемых вариантов, полное решение проблемы до сих пор не найдено.

Цель – разработка универсального антибактериального нанопокрывтия для грыжевых сеток.

Материалы и методы исследования. В лаборатории ДГУ методом атомно-слоевого осаждения получены первые образцы имплантов с покрытием из Al_2O_3 и TiO_2 разной толщины, которые нами вживлены продольным разрезом кожи в лопаточную область субфасциально 36 белым лабораторным крысам 3-4 месячного возраста. Однотипно использовалась сетка размерами 1,5 x 0,7см без покрытия (12 крыс – контроль). Операционную рану зашивали узловым швом. Через 7, 14, 30 и 60 суток сетки с окружающими мягкими тканями извлекали и фиксировали для гистологического и электронно-микроскопического исследования. Часть материала для изучения отправлена партнерам ДГМУ: НИЛ Молекулярной генетики микроорганизмов, НИЛ Бионанотехнологии, НОЦ Фармацевтики, Центра протеомных исследований г. Казани. Кроме того, при каждом вскрытии брали мазки-отпечатки со срезов биоматериала.

Результаты исследования. В настоящее время нами получены результаты гистологического и цитологического исследований, по которым можно судить о преимуществе сеток с нанопокрывтиями. Полагаясь на полученные данные, можно предположить, что все сетки с покрытием сохраняют эластичность и прочность, позволяют предотвратить инфицирование раны, препятствуют образованию грубой соединительной ткани вокруг сетки (в контрольной серии на 7 сутки определялись множество фиброцитов и фибробластов в окружении нейтрофилов и макрофагов, а на 14 и последующие сроки эксперимента сетки были окружены выраженной соединительнотканной прослойкой с сохраняющейся лейкоцитарно-макрофагальной реакцией).

Вывод. Сетки с покрытием из оксидов алюминия и титана более эффективны для использования в герниопластике по сравнению

такowymi без покрытия и могут быть нами рекомендованы для клинического испытания после подтверждения электронно-микроскопическими и молекулярно-генетическими исследованиями.

ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ НА МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ

**Шаилова С.Г., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Османова А.В.,
Гусейнова Р.К., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З., Гаджиева Т.А.,
Бейбалаева А.М., Амбоян А.С.**

**Кафедра терапии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ
Минздрава России, г. Махачкала**

Актуальность. Среди населения Российской Федерации сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место по частоте осложнений и смертности. В структуре смертности от болезней системы кровообращения трудоспособного населения в РФ ишемическая болезнь сердца занимает лидирующие позиции и составляет 59,6%. Нестабильная стенокардия (НС) как период обострения ИБС, является причиной развития острого инфаркта и внезапной смерти. Для лечения пациентов с НС применяются как медикаментозная терапия, так и ангиопластика и аортокоронарное шунтирование. Но возникают ситуации, когда медикаментозная терапия не дает положительного эффекта, а проведение операции реваскуляризации невозможно - при наличии противопоказаний, при тяжелом диффузном поражении коронарных артерий и для тех, у кого повторная реваскуляризация не может быть выполнена или сопряжена с высоким риском. В связи с этим в последнее время активно изучаются новые подходы к лечению больных НС с вовлечением неинвазивных методов. Мы предлагаем модификацию, разработанную на кафедре терапии ФПК и ППС Дагестанского государственного медицинского университета с помощью аппарата для тренировки коллатерального кровообращения – это метод локальной наружной контрпульсации (ЛНК).

Цель исследования. Определение динамики маркеров неспецифического субклинического воспаления и эндотелиальной дис-

функции при применении метода локальной наружной контрпульсации у больных нестабильной стенокардией.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании участвовали 83 пациента с нестабильной стенокардией, которые были разделены на две исследуемые группы - I-я группа, больным которой проводилось комплексное лечение (стандартное медикаментозное лечение и 20-дневный курс локальной наружной контрпульсации) и II-я группа, проводилось только стандартное медикаментозное лечение.

Процедура ЛНК заключалась в следующем: с помощью устройства создавали цикл компрессии и декомпрессии бедренных артерий и вен. Весь цикл составлял 2 минуты. Длительность лечебного процесса 30 минут. Процедуры ЛНК проводились 2 раза в день, 7 дней в неделю. До и после проведенного лечения изучались показатели неспецифического субклинического воспаления (С-реактивный белок) и эндотелиальной дисфункции (ЭД) (эндотелин-1-21 (ЭТ-1), оксид азота (NO)).

Результаты исследования. Как известно, приоритетным механизмом действия контрпульсации является улучшение эндотелиальной функции и реализуется этот механизм за счет улучшения кровотока в органах. Дисфункция эндотелия, которая лежит в основе многих патологических процессов, в том числе, атерогенезе, характеризуется дисбалансом между мощным вазоконстриктором ЭТ-1 и вазодилататором NO. В нашем исследовании результаты определения динамики маркеров воспаления и эндотелиальной дисфункции свидетельствуют о выраженном положительном эффекте ЛНК на изученные показатели. Курс ЛНК статистически достоверно ($p < 0,001$) снижает сывороточные уровни СРБ (с $5,2 \pm 0,09$ до $3,9 \pm 0,15$ мг/л) и ЭТ-1 (с $2,8 \pm 2,1$ до $1,25 \pm 0,54$ фмоль/мл) у больных ИС основной группы и одновременно достоверно повышает уровень NO (с $14,3 \pm 5,6$ до $19,3 \pm 3,6$ мкмоль/л) в сыворотке крови, тогда как в группе с медикаментозной терапией отмечается не столь яркое статистически значимое снижение этих показателей после проведенного лечения (СРБ - $5,3 \pm 0,14$ до $4,6 \pm 0,14$, ЭТ-1 – с $2,6 \pm 1,5$ до $1,98 \pm 0,97$ фмоль/л) и сывороточные уровни NO не претерпевали статистически значимых изменений ($p > 0,05$).

Выводы. Комбинированное лечение с применением ЛНК больных ИС способствует стабилизации показателей эндотелиальной

дисфункции и неспецифического субклинического воспаления, выражающейся в статистически значимом повышении уровня сывороточного оксида азота на 74,1%; статистически значимом снижении уровней сывороточных Эндотелина-1 на 55,6% и С-реактивного белка на 25%.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ПАНАВИРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ

Шихнабиева Э.Д., Шихнабиева М.Д.

Кафедра стоматологии ФПК ППС ФГБОУ ВО ДГМУ

Минздрава России, г. Махачкала

Актуальность. Афтозный стоматит – самое распространенное стоматологическое заболевание, которое имеет воспалительную природу, склонно к стремительному распространению. При отсутствии своевременных терапевтических мер и адекватного лечения имеет место хронический афтозный стоматит, склонный к систематическим рецидивам. Вылечить такую форму недуга проблематично, но основная задача врача – сократить число приступов.

Цель работы: изучение эффективности применения противовирусного препарата панавира в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита (ХРАС).

Материалы и методы. Проведено комплексное стоматологическое обследование и последующее лечение 36 пациентов (24 женщин и 12 мужчин) в возрасте 23-56 лет, страдающих ХРАС (частота обострений – 5-7 в год). Диагноз ХРАС выставлен на основании характерных высыпаний на слизистой оболочке полости рта (СОПР), красной каймы губ и кожных покровов лица, а также с помощью ПЦР, позволившей выявить в слюне ВПГ-1 (в 23 случаях) и ВПГ-2 (в 13 случаях). В зависимости от терапии пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) (n=20), где медикаментозная терапия включала общее лечение и местное лечение – нанесение мази «Панавир» на проблемные участки СОПР (4-6 раз в день, 5 дней.), 2-я группа (контрольная) (n=16), где терапия включала общее лечение и местное лечение – нанесение пасты солкосерила на афты. Общее лечение включало в себя: устранение травматических факто-

ров, назначение местных обезболивающих, антисептических и эпителизирующих средств. Исследования проводили в 1-й, 3-й, 6-й, 9-й и 12-й дни клинических проявлений и в динамике спустя 6 месяцев после лечения.

Результаты и их обсуждение. До лечения все пациенты жаловались на боль и дискомфорт в полости рта, усиливающиеся при приеме раздражающей пищи, 85% пациентов 1-й группы и 81,3% 2-й группы отмечали жжение в слизистой оболочке, 80% и 81,3% соответственно – стянутость, 55% и 50% соответственно жаловались на гиперсаливацию. В ходе клинического наблюдения у пациентов обеих групп отмечался выраженный лечебный эффект, который приходился на 3-12 сутки. Это выражалось в снижении интенсивности воспаления, болевых ощущений и дискомфорта, выраженности интоксикации, улучшении общего состояния пациентов, нормализации психоэмоционального статуса и активной эпителизации элементов поражения. Лечение пациентов 1-й группы приводило к полному исчезновению жалоб уже к 6-му дню, тогда как лечение пациенток 2-й группы – к 9-му дню. Динамика клинических проявлений у пациентов обеих групп была напрямую связана с процессами эпителизации элементов поражения на СОПР: в 1-й группе эпителизация элементов наступала уже на $5,6 \pm 0,3$ день наблюдения, а во 2-й группе – к $10,2 \pm 1,6$ дню наблюдения. Наблюдение пациенток в течение 6 месяцев после полного курса лечения позволило констатировать длительную ремиссию. В 1-й группе рецидива развития афт не было выявлено. Во 2-й группе афтозные элементы появлялись через 5, 6 месяцев после лечения.

Заключение. Таким образом, применение в комплексном лечении ХРАС противовирусного препарата панавира позволяет получить максимальный эффект за минимально короткое время, в частности добиться наиболее быстрого купирования клинических проявлений, ускорения сроков эпителизации и стойкой, длительной ремиссии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Шихнебиев Д.А.

ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, г.Махачкала

Актуальность. По данным литературы хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) сопутствует пневмонии от 19% до 62% случаев. При наличии сопутствующей ХОБЛ обычные клинические и лабораторные критерии пневмонии довольно неспецифичны. Все это, в конечном итоге, затрудняет диагностику пневмонии.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения и диагностики внебольничных пневмоний (ВП), развившихся на фоне ХОБЛ.

Материал и методы. Обследовано 53 пациента ВП (возраст 32-76 лет), лечившихся в пульмонологическом отделении РКБ в 2015-2018 гг. (34 мужчин и 19 женщин), у которых очаговый воспалительный процесс развился на фоне сопутствующей ХОБЛ. Пациенты поступали в стационар на 4-6-й день от начала заболевания. Диагноз ВП поставлен на основании клинико-лабораторных и рентгенологических признаков заболевания. При постановке диагноза сопутствующей ХОБЛ тщательно изучали анамнестические данные и записи амбулаторных карт.

Результаты исследования. Выявлены следующие особенности течения пневмонии на фоне ХОБЛ: почти все пациенты отмечали интенсивный кашель, который сопровождался отделением слизисто-гнойной и вязкой мокроты. У них также отмечались одышка смешанного характера (100%) и боли в грудной клетке, связанные с дыханием и кашлем (72%). В большинстве случаев заболевание имело стертую клинику, нередко несоответствие перкуторной и аускультативной картины с рентгенологическими данными. Так, у 26 (49,1%) пациентов характерное укорочение перкуторного звука над областью инфильтративно-пневмонического фокуса не определялось, аускультативно выслушивались только рассеянные сухие хрипы. Диагноз пневмонии был установлен после рентгенологического контроля. Пневмонические хрипы у этих больных были заглушены диффузными сухими хрипами или не выслушивались вследствие бронхиальной обструкции, сопровождающейся

ослаблением дыхания. Это подтверждало наблюдение за динамикой 12 пациентов с аускультативно-негативной пневмонией, у которых позже на фоне проводимой терапии и стихания клинических проявлений ХОБЛ стали выслушиваться влажные хрипы, соответствующие по локализации рентгенологически выявленному ранее воспалительному очагу. При форсированном выдохе и кашле в легких количество сухих хрипов увеличивалось и выслушивались на расстоянии, приобретая характер свистящих, что указывало на выраженность бронхиальной обструкции. При спирографическом исследовании у пациентов регистрировались вентиляционные нарушения смешанного типа с преобладанием обструктивных нарушений у 69,8% обследованных. Исследование функции внешнего дыхания выявило снижение ЖЕЛ до $62,2 \pm 1,4\%$ от должной и обструктивные нарушения различной степени. Рентгенологически пневмония была подтверждена при поступлении у 49 (93,4%) больных. При рентгенографии легких в обследованной группе пациентов, кроме инфильтрации, были выявлены усиление и деформация легочного рисунка, повышенная воздушность легочной ткани; признаки локального пневмосклероза и пневмофиброза после перенесенных ранее пневмоний обнаруживались у 10%. На день выписки рентгенологические признаки пневмонии включали: усиление и деформации легочного рисунка – в 48% случаев, признаки эмфиземы и пневмосклероза – в 38%, плевропневмофиброз – в 24%. Наличие сопутствующей ХОБЛ существенно влияло на процесс разрешения пневмонии – пациенты ВП при наличии ХОБЛ имели более длительные сроки пребывания в стационаре ($18,1 \pm 2,4$ койко-дня) по сравнению с пациентами без сопутствующего фона ($13,2 \pm 2,2$ койко-дня).

Выводы. ВП, развившиеся на фоне ХОБЛ, характеризуются следующими особенностями клинического течения: 1. В большинстве случаев заболевание имеет стертую клинику, нередко несоответствие аускультативной картины с рентгенологическими данными; 2. У большинства пациентов отмечаются вентиляционные нарушения смешанного типа с преобладанием обструктивных нарушений; 3. Пациенты ВП при наличии ХОБЛ имеют более длительные сроки пребывания в стационаре по сравнению с пациентами без сопутствующего фона.

СОДЕРЖАНИЕ

СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

№№	ФИО авторов, название	Стр.
1.	Абдурахманов А.И., Кудяев Д.М. ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И АККРЕДИТАЦИЯ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	6
2.	Абдурахманов А.И., Сутаева Т.Р. УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-ОРДИНАТОРОВ	8
3.	Алиев М.А., Абдуллаев М.Р. МОДУЛЬНЫЕ ЦИКЛИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ ПО ХИРУРГИИ – ЭФФЕКТИВНАЯ ФОРМА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	10
4.	Алиев М.А., Абдуллаев М.Р. ОБУЧЕНИЕ СТУДЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ И ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ – ВАЖНЕЙШАЯ ЗАДАЧА МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	12
5.	Арбулиев К.М, Гусниев Н.М., Гамзатов А.Г, Михайлов С.М. ЗНАЧЕНИЕ ЛЕКЦИИ В УСВОЕНИИ УРОЛОГИИ	16
6.	Ахмадудинов М.Г., Патахов Г.М., Ахмадудинов А.М. ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ	19
7.	Ахмадудинов М.Г., Патахов Г.М., Ахмадудинов А.М. РОЛЬ КАФЕДРЫ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ДЛЯ БУДУЩЕГО ХИРУРГА	21
8.	Горелова В.Г., Магомедова З.С., Гамзаева А.У., Ибрагимова Э.И. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА	23
9.	Горелова В.Г., Магомедова З.С., Гамзаева А.У., Ибрагимова Э.И. СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ РАБОТЕ КАФЕДРЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ДГМУ	26
10.	Гусейнов Т.С., Гусейнова С.Т. АНАТОМИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА ТОНКОЙ КИШКИ ЧЕЛОВЕКА	29
11.	Зульпукарова Н.М.-Г., Мамаев И.А., Исаева Р.Х., Адилова М.А. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ	32
12.	Зульпукарова Н.М.-Г., Мамаев И.А., Магомедалиева С.Г., Джаватханова М.И. ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ НА КУРСАХ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ	35
13.	Муртазалиев Г.-М.Г., Абдурахманов Г.Г., Абдурахманов А.И. ОПТИМИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ПЕРЕПОДГОТОВКИ И САМО-	37

	ОЦЕНКИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ НА ЦИКЛАХ УСО- ВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ, А ТАКЖЕ СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	
14.	Хамидов М.А., Гаджимурадов М.Н., Гаджимурадова М.М. ЭЛЕКТОРОННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ СРЕДА И ИНТЕР- НЕТ-РЕСУРСЫ – ВОСТРЕБОВАННОСТЬ ОБУЧАЮЩИМИСЯ	39
15.	Хамидов М.А., Османов А.О., Иманалиев М.Р., Абдулжалилов М.К., Магомедов М.М., Магомедов М.А., Нажмуудинов З.З., Ашурлаев К.М., Закариев З.М. СОВРЕМЕННЫЕ ОБРАЗОВА- ТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ	42
16.	Шахбанов Р.К., Рагимов Р.М., Абакаров Т.А. ИНФОРМАЦИ- ОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ	44

ВНЕДРЕНИЕ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1.	Абасова А.С., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Брежнев В.Ф. КРО- ВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ И НАСЫЩЕНИЕ КИСЛОРОДОМ ГЕМО- ГЛОБИНА АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ В ИНТРАМУРАЛЬНЫХ СОСУДАХ ЖЕЛУДКА	51
2.	Абасова А.С., Рамазанов М.Р., Алиев Э.А., Брежнев В.Ф. ЦИФ- РОВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЖЕЛУДКА	52
3.	Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Хамидов М.А., Абдулжа- лилов А.М., Хандулаев Ш.М. РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДО- СКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ	54
4.	Абдулжалилов М.К., Иманалиев М.Р., Хамидов М.А., Абдулжа- лилов А.М., Ашурлаев К.М., Закариев З.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕ- ЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАДИАЦИОН- НОГО ЭНТЕРОКОЛИТА	56
5.	Абдулжалилов М.К., Исаев Х.М.-Р., Закариев З.М., Ашурлаев К.М., Исаев М.Х. ОСОБЕННОСТИ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПА- ХОВОЙ ГРЫЖИ У ЖЕНЩИН	59
6.	Абдурахманов А.И., Аджиева А.К., Бартыханова Д.Г. МЕТОД ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ	61
7.	Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Шихнабиева Э.Д., Джан- булатов М.А., Кишев М.М. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РЕЦИ- ДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА	64
8.	Абдурахманов А.И., Салихова М.М., Шихнабиева Э.Д., Джан- булатов М.А., Кишев М.М. ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАСЕПТА ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАРОДОНТИТА	66

9.	Азизов К.А., Гусенов С.Г, Аталаев М.М. ЗНАЧЕНИЕ ДИАГНОСТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	68
10.	Азизов К.А., Гусенов С.Г., Кишев М.М. ГРАНИЦЫ СЪЁМНЫХ ПРОТЕЗОВ С ЖЁСТКИМ И ЭЛАСТИЧНЫМ БАЗИСАМИ	70
11.	Алиев С.А., Магомедов С.М. Омаров О.И., Демирбеков М.А. МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА	71
12.	Алиев С.А., Мамедбеков Ш.Ю., Эльдарханова А.З., Курбанов К.А., Магомедов С.М., Омаров К.Х., Закаржаева З.М. ДВАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ 1051 ПЛАСТИКИ ПИЩЕВОДА ПРИ РАКЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ. ПУТИ ДОСТИЖЕНИЯ УСПЕХА	74
13.	Алиев Х.А., Алискандиев А.М., Алискандиева З.А., Арсланова А.Ю., Абдулмуслимов М.Т. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ СРЕДНЕГОРЬЯ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	77
14.	Алиева-Хархарова К.М., Далгатова Б.М. ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НУТРИЦИОННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	80
15.	Алиева-Хархарова К.М., Магомедова А.А., Гаджиева П. Г. КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ПО ДАННЫМ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ	82
16.	Арбулиев К. М., Гаджиев Д.П., Гусниев Н.М. ДВАДЦАТИПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ УРОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ (ПО ДАННЫМ РЕСПУБЛИКАНСКОГО УРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА)	85
17.	Арбулиев К.М., Арбулиев М.Г., Магомедов Ю.Д., Гаджиев Г.Д. РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	88
18.	Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Гусейнов М.М. РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	90
19.	Арбулиев К.М., Гусниев Н.М., Рамазанов М.Р., Михайлов С.Х. СПОСОБ УСИЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОСНОБЖЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ПРОСТАТИТОВ	92
20.	Арбулиев К.М., Михайлов С.Х, Михайлова Б.И., Магомедов М.Г. НЕЙРОГЕННЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И БОТУЛИНОТЕРАПИЯ	94

21.	Арбулиев К.М., Османов М.Г. ЦИТОСТАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА СТРИКТУРЫ УРЕТРЫ	96
22.	Арсланова А.Ю., Алискандиев А.М., Алискандиева З.А., Абдулмуслимов М.Т., Ибрагимов В.М.-Э. ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ: АЛГОРИТМ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ	99
23.	Атаев А. Р., Гасанов А. И., Атаев Э. А. ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	102
24.	Атаев А.Р., Магарамов А.М. ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ КОСТНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	104
25.	Атаев Э.А., Атаев А.Р. ВОЗМОЖНОСТИ ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ	105
26.	Атаев Э.А., Атаев А.Р. КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОНЕЧНОСТЕЙ	107
27.	Атаева З.Н., Кудаев М.Т., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З., Шамилова С.Г., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Гаджиева Т.А., Каллаева А.Н., Амбоян А.С., Бейбалаева А.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II И ДИУРЕТИКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	109
28.	Аталаев М.М., Кишев М.М., Гусенов С.Г. РОЛЬ ДИСТРОФИИ И ВОСПАЛЕНИЯ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА	111
29.	Ахмедова Д.А., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Магомедов А.З, Амбоян А.С., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Гаджиева Т.А., Шамилова С.Г., Бейбалаева А.М. ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ HELICOBACTER PYLORI АССОЦИИРОВАННОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА	113
30.	Гаджимирзаев Г.А., Эседов Э.М., Гаджимирзаева Р.Г., Ахмедова Ф.Д. МУКОВИСЦИДОЗ В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА	116
31.	Гаджимирзаева Р.Г., Эседов Э.М., Гаджимирзаев Г.А. НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ СИНДРОМЕ КАРТАГЕНЕРА	118
32.	Гамзатов А.Г, Арбулиев К.М, Газимагомедов Г.А, Гусниев Н.М. К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА	120
33.	Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А. К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ АДЕНОМЭКТОМИИ ПРОСТАТЫ	122

34.	Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Газимагомедов Г.А., Гусниев Н.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПОСПАДИИ	123
35.	Гусейнов А.А., Магомедова К.А. АКУСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗВУКОВ ДЫХАНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ	125
36.	Гусейнова Р.К., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З., Османова А.В., Каллаева А.Н., Шамилова С.Г., Салаватова Х.И. ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	127
37.	Гусейнова Р.К., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З., Османова А.В., Каллаева А.Н., Шамилова С.Г., Салаватова Х.И., Газиева П.А. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИКОРАНДИЛА У ЖЕНЩИН С ИБС	129
38.	Гусенов С.Г., Азизов К.А., Аталаев М.М. ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЗБЫТОЧНО ПОДАТЛИВОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА	130
39.	Гусенов С.Г., Кишев М.М., Азизов К.А. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ЗУБНЫХ РЯДОВ БЕЗ ДИСТАЛЬНОЙ ОПОРЫ	132
40.	Гусниев Н.М., Гамзатов А.Г., Арбулиев К.М., Абдуселимов Т.А., Михайлов С.М. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОЦЕЛЕ	135
41.	Гусниев Н.М., Арбулиев К.М., Рамазанов М.Р., Магомедов М.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ФОРМЫ МУЖСКОГО БЕСПЛОДИЯ	137
42.	Далгатова А.А., Далгатова Г.А., Горелова В.Г. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЧКАХ ПРИ СИНДРОМЕ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ I, II И III СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В РАННЕМ ПОСТКОМПРЕССИОННОМ ПЕРИОДЕ	138
43.	Закариев З.М., Ашурлаев К.М., Османов А.О., Исаев Х.М.-Р., Хандулаев Ш.М., Закариев М.-Р.З. ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ НЕЯЗВЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ	141
44.	Ибрагимов В.М., Алискандиев А.М., Сарвилина И.В. ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	144
45.	Исмаилов Э.С. ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ	146
46.	Каллаева А.Н., Газиева П.А., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Атаева З.Н., Салаватова Х.И. ЛОКАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ НЕСТАБИЛЬНУЮ СТЕНОКАРДИЮ ПОКОЯ	148

47.	Кишев М.М., Азизов К.А., Гусенов Г.Р. ИЗУЧЕНИЕ ГРАНИЦ ПОЛНОГО СЪЁМНОГО ПЛАСТИНОЧНОГО ПРОТЕЗА НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	149
48.	Кудаев М.Т., Магомедов А.З., Сулейманов С.Ш., Атаева З.Н., Ахмедова Д. А., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Шамилова С.Г., Бейбалаева А.М., Гаджиева Т.А., Амбоян А.С. СОВРЕМЕННЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С НИЗКОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА	152
49.	Курбанова Э.А., Магомедов А.А. КЛИНИКО–РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «АПЕКСДЕНТ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА	153
50.	Курбанова Э.А., Магомедов А.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПЛОМБ	155
51.	Магомедов А.З., Кудаев М.Т., Ахмедова Д.А., Атаева З.Н., Амбоян А.С., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Гаджиева Т.А., Шамилова С.Г., Бейбалаева А.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИЛЕЙКОТРИЕНОВОГО ПРЕПАРАТА МОНТЕЛУКАСТ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	158
52.	Магомедов М.А., Хамидов М.А., Магомедов М.М., Гусейнов А.Г., Абдулгадиев В.С. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	159
53.	Магомедов М.А., Хамидов М.А., Османов А.О., Магомедов М.М., Абдулгадиев В.С. ВЫБОР ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОБТУРИРУЮЩИМ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ	161
54.	Магомедов М.М, Хамидов М.А, Магомедов М.А, Исмаилов Г.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФОРМИРОВАНИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО КАРКАСА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ИМПЛАНТАТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	164
55.	Магомедова С.М., Габибуллаев А.Ф. Омаркадиев Р.А. ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АППЕНДИЦИТА	166
56.	Макаева Э.О., Омарова Х.О., Омаров О.Г., Гасанова М.А. КАЧЕСТВО И НУЖДАЕМОСТЬ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН	168
57.	Махачев О.А., Абасов Ф.Х., Стафёров А.В., Тер-Акопян А.В., Хаджилаев М.Х., Мамаев А.А., Османов О.А., Абдусаламова З.Г.,	

	Гамидова М.Т., Шихмагомедов О.О. ОПЫТ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ	169
58.	Махачев О.А., Абасов Ф.Х., Стафёров А.В., Хаджилаев М.Х., Мамаев А.А., Османов О.А., Мугалова П.М., Абакаров А.М. ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ: ОПЫТ ДАГЕСТАНСКОГО ЦЕНТРА КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	171
59.	Махачев О.А., Петросян К.В., Абасов Ф.Х., Абусов Г.М., Аскадинов М.Н., Ибрагимов Р.Г., Хаджилаев М.Х., Османов О.А., Мамаев А.А., Магомедова З.Г., Кебедов К.Ш. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ШУНТОГРАФИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ДАГЕСТАНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ	172
60.	Михайлов С.М., Гаджиев Д.П., Газимагомедов Г.А., Гусейнов М.М., Михайлова Б.И. ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБРЮШИННОГО ФИБРОЗА (БОЛЕЗНЬ ОРМОНДА) У БОЛЬНЫХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	173
61.	Нагиева С.Э., Чудинов А.Н., Нагиев Э.Р., Исмаилова Ф.Э. ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ КОМПАКТНОЙ И ГУБЧАТОЙ КОСТНОЙ ТКАНИ В ДИНАМИКЕ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ	175
62.	Нажмудинов З.З., Гусейнов А.-К.Г. ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	177
63.	Нажмудинов З.З., Гусейнов А.-К.Г. ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ	179
64.	Насрулаева Х.Н., Дагирова Д.М., Лабазанова Р.Н. ПРЕПАРАТ МАЗИПРЕДОН В СОВРЕМЕННОЙ СТРАТЕГИИ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	181
65.	Насрулаева Х.Н., Магомедова З.Ш., Алхазова Р.Т., Магомедова Р.Г., Магомедова П.М., Лабазанова Р.Н. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ СПЕКТР АНТИМИКРОБНОГО ДЕЙСТВИЯ <i>IN VITRO</i> ПРЕПАРАТА КЛАРИТРОМИЦИН ЭКОЗИТРИН® И ДРУГИХ АНТИБИОТИКОВ	184
66.	Омаров О.Г., Омарова Х.О., Макаева Э.О., Хижалова З.Т. СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ПОД СЪЕМНЫМИ ПЛАСТИНОЧНЫМИ ПРОТЕЗАМИ	187
67.	Ордашев Х.А. СИАЛАДЕНОЗЫ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА	189

68.	Ордашев Х.А., Шахбанов А.К. НАША ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТИЧЕСКИМИ СИАЛОПАТИЯМИ	190
69.	Османов А.О., Магомедова С.М. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА	192
70.	Османов О.М, Магомедов А.А. ВИДЕОАССИСТИРОВАННАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТИРЕОИДЭКТОМИЯ	194
71.	Османов О.М, Магомедов А.А. ГИПОТИРЕОЗ ПОСЛЕ ГЕМИТИРЕОИДЭКТОМИИ: ЧАСТОТА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА	195
72.	Рагимов Р.М., Османов А.О., Хамидов М.А., Абдуллаева Н.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНА И ПЕРФТОРАНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ	197
73.	Рамазанов М.Р., Абдурахманова З.М., Магомедов О.М., Рамазанова М.М., Брежнев В.Ф., Алиев Э.А. СПОСОБ МАСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	199
74.	Рамазанов М.Р., Абдурахманова З.М., Магомедов О.М., Рамазанова М.М., Брежнев В.Ф. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СПОСОБА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХИМИОПРЕПАРАТА К РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	202
75.	Расулов И.М., Шахаев Г.Ш., Гусенов Г.Р. ЗНАЧЕНИЕ РЕЛЬЕФА ОККЛЮЗИОННОЙ ПОВЕРХНОСТИ ЗУБОВ В РАЗВИТИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	204
76.	Сулейманова Н.Д., Хархачаева С.М. РЕПРОДУКТИВНЫЙ СТАТУС ЖЕНЩИН С ПАТОЛОГИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ФОНОВОЙ И ПРЕДРАКОВОЙ ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ РАДИОВОЛНОВОЙ ХИРУРГИИ	206
77.	Халитов И.А., Асиятилов А.Х., Ордашев Х.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ЧЕРЕПНО-ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ РАНЕНИЙ	208
78.	Хамидов М.А, Магомедов М.М, Магомедов Х.М, Магомедов М.А. ВЫБОР МЕТОДА БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	210
79.	Хамидов М.А., Рагимов Р.М., Магомедов М.П., Абдулагатов И.М., Абдуллаева Н.М., Гасанбекова З.М., Абдуселимова Д.А., Асадулаева З.М. БИОСОВМЕСТИМЫЕ НАНОПЛЕНКИ ДЛЯ ИМПЛАНТАНТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	211
80.	Шамилова С.Г., Кудаев М.Т., Атаева З.Н., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Ахмедова Д.А., Магомедов А.З., Гаджиева Т.А.,	

	Бейбалаева А.М., Амбоян А.С. ВЛИЯНИЕ МЕТОДА ЛОКАЛЬНОЙ НАРУЖНОЙ КОНТРУЛЬСАЦИИ НА МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СУБКЛИНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ	213
81.	Шихнабиева Э.Д., Шихнабиева М.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ПАНАВИРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКИМ АФТОЗНЫМ СТОМАТИТОМ	215
82.	Шихнебиев Д.А. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	217

**Республиканская научно-практическая конференция
«АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»,
посвященная 70-летию профессора А.О. ОСМАНОВА**

Сдано в набор 12.02.2020 г. Подписано в печать 18.02.2020 г.
Формат 60*84 1/16. Бумага офсетная. Печ. л. 14.
Тираж 150 Заказ № 39

Издательско-полиграфический центр ДГМУ
г. Махачкала, ул. Абдуллы Алиева, 1.