

- КСЮИ, 2005. - С. 38-42.
- Кадыров Б. Р., Кадыров К. Б., Муллабаева Н. М. О роли зрительно-двигательной координации в субъективном контроле действий в дошкольном возрасте // Казань, КСЮИ, 2005. - С. 38-42.
 - Кадыров Б. Р., Игнатъев Н. А., Кадыров К. Б. На пути адаптации к местным условиям методики Керна – Ирасека // Мед. журн. Узбекистана. -2001. - С. 42-39.
 - Каримов У. А. Кичик ёшли болалар соглик холатини мажмуий баҳолашнинг янги шакли // Узбекистон тиббиёт журнали. - 1999. - 2-сон. - 50-51 бетлар.
 - Каримов У. А., Закирова Н. А., Арипова Д. С. О физическом развитии организованных детей дошкольного возраста Ташкентского региона // Вестник врача общей практики. - 2001. - №3. - С. 51-52.
 - Каримова М. Н. Медико-педагогические аспекты обучения детей в школе с 6-летнего возраста и профилактика отклонений в состоянии здоровья // Проблемы охраны здоровья детей школьного возраста: Сб. науч. трудов Респ. науч. практ. конф. – Ташкент, 2005. – С. 25-26.
 - Кривоногова Т. С., Черновская Л. К. с соавторами. Малые мозговые дисфункции и нарушения памяти у детей дошкольного возраста // Российский педиатрический журнал. - 2003. - №3. - С. 11-12.
 - Магзумова Ш. Ш. Особенности формирования и факторы патогенеза умственной отсталости // Ж. Педиатрия. - 2003. - №3-4. - С. 19-24.
 - Назырова У. Ф. К оценке психосоматического статуса детей дошкольного возраста // Журнал Педиатрия, 2004. - №2. - С. 37-40.
 - Сорокина В. В. Негативные переживания детей в начальной школе // Ж. Вопросы психологии. - 2003. - №3. - С. 23-35.
 - Хайдарова М. М. Детская тревожность - причина формирования контингента часто болеющих детей // Вестник врача общей практики. - 2004. - №4. – С. 108-110.
 - Du Prel X., Kramer U., Ranft U. Changes in social inequality with respect to health-related living conditions of 6-year-old children in East Germany after re-unification // BMC. Public. Health. – 2005. - Vol.5. – P. 64.

Сафоев Б.Б.,
Хамдамов Б.З.,
Шеров Т.А.,
Худойбердиев Д.К.,
Хамдамов И.Б.,
Хамидова Н.Р.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Бухарский государственный медицинский институт

Распространенность СД в различных странах колеблется от 1,5% до 6,0%. По прогнозу ВОЗ, общая численность больных СД в мире будет возрастать и к 2025 году составит около 450 миллионов человек. При сахарном диабете развиваются микро и макроангиопатии, что является пусковым механизмом развития СДС (1,3). К сожалению многие больные с сахарным диабетом принимают позу страуса, то есть пряча голову от болезни, стараются не думать о ней, тем более не получают должного своевременного лечения. Все это вместе взятое приводит к развитию тяжелых степеней СДС (2,4,5).

Синдром диабетической стопы (СДС) – одно из самых страшных осложнений сахарного диабета (СД). Диабетическая стопа (diabetic foot) –это патологическое состояние стоп в виде гнойно-некротических процессов, язв и костно-суставных поражений, возникающее на фоне изменения периферических нервов, сосудов,кожи и мягких тканей, костей и суставов. При этом человек теряет навыки самообслуживания, от постоянного дискомфорта, постоянных болей, из-за отсутствия надежды на излечение начинается деградация личности (6).

В течение жизни у 15 % пациентов с СД образуются язвы стопы. В 10 раз чаще СДС развивается у лиц со вторым типом сахарного диабета. У больных диабетом каждое увеличение гликированного гемоглобина на 1,0 % приводит к 26,0 %увеличению риска развития заболевания артерий ног. Из общей популяции больных с язвой стопы, 10-24% подвергается ампутации, что со своей стороны увеличивает смертность, как в ближайшем, так и в отдаленном периодах. Мрачен прогноз и после ампутации, через 2 года умирает от 30 до 50 процентов пациентов, умирает не столько от самого хирургического вмешательства, сколько от развивающихся осложнений и сопутствующих заболеваний. У выживших пациентов отмечается снижение качества жизни на несколько порядков. Всё это вместе взято делает проблему лечения СДС актуальной проблемой современной медицины. Последние годы ознаменовались внедрением различных эффективных методов лечения СДС

(2,8,9,10). К ним можно отнести эндоваскулярные вмешательства. Возможность при этом, восстановления регионарного кровотока на разных уровнях ноги, малотравматичность операции, быстрая реабилитация, обнадеживающие непосредственные и отдаленные результаты, улучшение качества и прогноза жизни больных, позволяют считать эндоваскулярную хирургию методом выбора при лечении ишемических и нейроишемических форм СДС. Однако эффективность эндоваскулярных вмешательств при многоуровневых поражениях артерий нижних конечностей при СДС с выраженными признаками критической ишемии нижней конечности (КИНК) под сомнением многих исследователей. Как известно, в последние годы при запущенных стадиях СДС в альтернативу высоким ампутациям на уровне бедра начались применения ампутаций на уровне голени с сохранением коленного сустава с её основной функцией, что позволяет быстрой реабилитации данного контингента больных в связи с удобностью протезирования конечности. Однако, высокий процент развития раневой инфекции в послеоперационном периоде ограничивает широкое использование низких ампутаций на уровне голени.

В настоящее время огромное число фундаментальных исследований сфокусировано на поисках новых эффективных методов лечения раневой инфекции. Прогресс в области молекулярной биологии, медицинских и лазерных технологий в начале XXI века определил достижения в разработке перспективных методов лечения раневой инфекции, среди этих методов ведущие позиции занимает фотодинамическая терапия (ФТД).

Фотодинамическая терапия в последнее время привлекает пристальное внимание исследователей различного профиля вследствие её высокой эффективности. При этом особенное место занимает ФТД, характеризующаяся широким спектром антимикробного действия, она оказывает губительное действие даже на антибиотикорезистентные штаммы микроорганизмов (6,7).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных СДС, путем использования лазерной фотодинамической терапии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного (ампутации нижних конечностей на уровне голени) лечения 120 пациентов синдромом диабетической стопы, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии клиники БухГосМИ с 2005 по 2012 годы.

Возраст больных варьировалась от 45 до 85 лет. 92 больных составили пациенты мужского пола, 28 больных составили лица женского пола. При сравнении больных обеих групп статистически значимых различий по полу, возрасту, тяжести основной и сопутствующей патологии не было.

В зависимости от метода введения больных в послеоперационном периоде все больные были распределены на 2 группы. I – контрольную группу составили 83 больных которым после выполнения ампутации нижней конечности на уровне верхней трети голени, проводилась комплексная консервативная терапия с включением антибиотикотерапии (выбор антибиотика осуществлялся, путём бактериологических исследований на чувствительность микроорганизмов к антибиотикам высеванных из экссудата ран у больных в дооперационном периоде лечения). II – основную группу составили 37 больных которым, после выполнения ампутации на уровне верхней трети голени, проводилась аналогичная комплексная консервативная терапия с включением лазерной фотодинамической терапии области ампутационной культи. Фотодинамическая терапия осуществлялась следующим образом, подкожную область ампутационной культи голени, через установленный в время операции перфорированный микродренаж вводится фотосенсибилизатор 0,05% буферный раствор метиленового синего с экспозицией 20-30 минут, затем полость подкожной клетчатки ампутационной культи промывается, для смыывания фотосенсибилизатора после чего выполняли облучение раневой поверхности аппаратом ФДУ-1 с длиной волны 600-640 нм с плотностью мощности 200 мВт/см². Общее время облучения составляло 15-20 минут. В среднем проводилось 3 сеанса фотодинамической терапии.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов лечения больных которым по поводу синдрома диабетической стопы были выполнены ампутации нижних конечностей на уровне верхней трети голени показал, что у пациентов первой группы которым в послеоперационном периоде производился комплекс лечебных мероприятий с включением целенаправленной антибактериальной терапии, развитие раневой инфекции со стороны ампутационной культи отмечалось из 83 пациентов у 22 (26,5%). Генерализация раневой инфекции у 7 (31,8%) из 22 пациентов стало причиной летального исхода. Прогрессирования раневого процесса в ампутационной культе у 5 (22,7%)

больных, послужило причиной выполнения реампутаций нижних конечностей на уровне бедра. У 37 больных второй группы, которым помимо комплексных консервативных мероприятий выполнялось лазерная фотодинамическая терапия области ампутационной культи голени, развитие раневой инфекции со стороны культи голени отмечалось лишь у одного пациента что составило (2,7%). Это по нашему мнению было обусловлено техническими погрешностями выполнения ФТД в начальных стадиях её применения нами в практике. У 1 (2,7 %) пациента развился некроз культи голени, что было обусловлено выраженными признаками недостаточности коллатерального кровообращения в области ампутационной культи голени, что послужило причиной вынужденного проведения реампутации на уровне бедра. Летальных исходов в связи с генерализацией раневого процесса у больных второй группы не наблюдалось.

Таким образом, клинический анализ эффективности различных методов послеоперационного ведения у больных обследованных групп показал, что целесообразным в отношении как уменьшения послеоперационных раневых осложнений и летальности, так и в отношении генерализации раневого процесса со стороны ампутационной культи голени при синдроме диабетической стопы, является включение в комплекс лечебных мероприятий послеоперационного периода лазерной фотодинамической терапии, которая способствовала резкому снижению раневых инфекций со стороны ампутационной культи с 26,5 % до 2,7 %.

Использованная литература:

1. Акбаров З.С., Рахимова Г.Н., Мухамедова Ф.А., Акбаров А.З. Диабетическая нейропатия. – Ташкент, 2001. 48с.
2. Гурьева И.В. Диабетическая стопа: эпидемиология и социально-экономическая значимость проблемы / И.В. Гурьева // Русский медицинский журнал. -1998. - Т.6, N 12. - С. 803-805.
3. Гнойно-некротические поражения нижних конечностей // Р.М.Ахмедов, Б.Б.Сафоев// Бухара -2010.- 221с.
4. Дедов И.И. Диабетическая стопа / И.И. Дедов, О.В.Удовиченко, Г.Р. Галстян. -М.: Практическая медицина, - 2005. - 175 с.
5. Камалов Т.Т., Исмаилов С.И., Асамов Р.Э. // Современные принципы ведения больных с нейроишемической формой синдрома диабетической стопы. Актуальные проблемы гнойно-септической хирургии. Сб.тезисов. Бухара. 2010. – С. 138-140.
6. Тешаев О.Р., Садыков Р.А., Муродов А.С. // Влияние лазерной фотодинамической терапии на заживление гнойных ран. Актуальные проблемы гнойно-септической хирургии. Сб.тезисов. Бухара. 2010. – С. 105-107.
7. Садыков Р.А., Садыков Р.Р. // Возможности ФТД в профилактике гнойных послеоперационных осложнений. Актуальные проблемы гнойно-септической хирургии. Сб.тезисов. Бухара. 2010. – С. 115-116.
8. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д., Исламов М.С. Диабетическая гангрена нижних конечностей. – Т.: «Шарк». 2003. – 240с.
9. Российское общество ангиологов и сосудистых хирургов. Диагностика и лечение больных с заболеваниями периферических артерий. Российские рекомендации. - Москва, - 2007. - 155 с.
10. Altindas M. Promoting primary healing after ray amputations in the diabetic foot: the plantar dermo-fat pad flap / M. Altindas, C. Cinar // Plast Reconstr Surg.(Turkey). - 2005. - Vol. 116, N 4. - P. 1029-1034.

Стреляева А.В.,
Мамышева Н.О.,
Абдиев Ф.Т.,
Мамышев О.М.,
Вахидова А.М.,
Садыков Р.В.,
Садыков В.М.

ЭХИНОКОККОЗ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПЕЦИЛОМИКОЗОМ, И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ

Первый московский государственный медицинский университет
им.И.М.Сеченова, Минздравсоцразвития РФ,
Самаркандский государственный медицинский институт

Наиболее распространенными промежуточными хозяевами эхинококка являются продуктивные животные: овцы, крупный рогатый скот, свиньи, верблюды и другие [4–7]. Морфологические исследования [11,12,13–16] показали, что различные формы грибов, видовая, родовая принадлежность которых авторами не была установлена, обнаруживались часто в эхинококках от прооперированных больных людей, и от их наличия, зависела клеточная реакция паразитаокружающей тка-