

18. Wearn J. T. The role of the Thebesian vessels in the circulation of the heart. The Journal of the Experimental Medicine. February 1, 1928 a, Vol, XLVII, N 2, p.293-316.

Summary

All the three systems turn out to belinked with one another with the help of anastomosis, which fast provides reservation and interchangeability. The number of anastomosis is greater in the wall of the right ventricle of heart. Vessels of all the system are characterized by some specific age and individual changes detectable at the electronmicroscopic level. Unlike in Wiessens-Thebesius vessels, there are no "Fenestrae" in capillary vessels. Both Extracardiac vessels and Wiessens-Thebesius vessels have collateral, compensatory significance. The data obtained and our theory of heart blood supply can be used in the analysis of the concrete problems of cardiopathology.

Шамсиев А.М.,
Махмудов З.М.,
Атакулов Д.О.,
Бургутов М.Д.,
Зайниев С.С

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ
ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ КОСТЕЙ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ**

Самаркандский Государственный медицинский институт

Актуальность. Поражение области тазобедренного сустава является особым средоточием диагностических ошибок, лечебных трудностей и осложнений, связанных с топографо-анатомическими особенностями этого сегмента тела. Процент диагностических ошибок при данном поражении достигает 50,0 % [4]. Ортопедические осложнения (вывихи, деформации, укорочение, контрактуры и анкилозы крупных суставов) наблюдаются в 31-71% случаев [1,2].

В существующей литературе прослеживается мнение, что острый гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава (ОГО КТС) является довольно редкой патологией и это обстоятельство отвлекает внимание от углубленного исследования проблемы. Однако тяжелое течение данного заболевания, независимо от её редкой встречаемости, увеличивает значимость вопроса. Это связано с тяжестью заболевания, быстрым развитием тяжелых осложнений, в первую очередь остеомиелитического разрушения тазобедренного сустава и развитием патологического вывиха бедра, анкилоза, амилоидоза паренхиматозных органов, а в последующем - стойкой инвалидизации. Несмотря на достижения современной хирургии, травматологии и ортопедии, многие вопросы лечения ОГО КТС еще далеки от разрешения, прослеживается разногласность, а иногда полярность взглядов на хирургическую тактику при данном заболевании [3,4,5,6].

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости решения вопросов совершенствования методов хирургического лечения ОГО КТС.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения острого гематогенно-го остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей, путем разработки и внедрения новых методов оперативного лечения.

Материал и методы исследования. Проведено обследование и лечение 86 больных ОГО КТС в возрасте от 5 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в отделении гнойной хирургии Самаркандского филиала детской хирургии Республиканского Специализированного Научно-практического Медицинского Центра педиатрии за период с 1990 по 2008 гг. По виду проведенных хирургических вмешательств, больные разделены на три клинические группы. Первую группу составили 32 детей (период с 1990г. по 1999г. включительно - архивный материал), получавших общепринятое лечение с использованием скелетного вытяжения, и фиксацией шейки бедра пучками спиц Киршнера (рис 1).

Вторую группу составили 20 пациентов (с 2000 г. по 2002 г. включительно), которым лечение проводилось с использованием аппарата Илизарова для фиксации патологически измененной шейки бедренной кости, с целью профилактики патологического перелома или вывиха (патент на изобретение Руз IDP № 05082 "Способ профилактики патологического перелома и вывиха шейки бедренной кости при остром гематогенном остеомиелите у детей") (Рис 2).

Третью группу составили 34 больных (с 2003 г. по 2008 г.), оперированные разработанным методом дренирующих остеоперфораций крыши вертлужной впадины (ДОКВВ) (патент на

изобретение РУз IAP № 03081 "Новый хирургический метод лечения при остром гематогенном остеомиелите костей тазобедренного сустава у детей") (Рис 3).

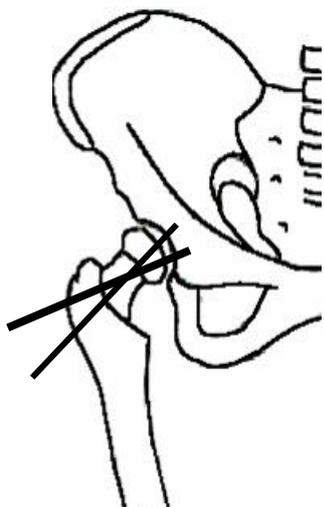


Рис 1

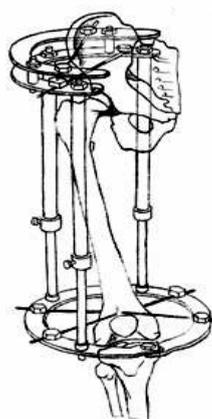


Рис 2

Результаты и их обсуждение. Из 86 больных с острым гематогенным остеомиелитом костей тазобедренного сустава отдаленные результаты лечения были изучены у 67 (78%) пациентов в сроки от 1 до 15 лет после выписки из стационара. В том числе у 21 (66%) больных первой группы, 20 (100%) пациентов второй группы, и у 26 (76,2%) третьей группы. Исходы лечения ОГО КТС прослежены в сроки 1-2 года у 25%, 3-5 лет – у 47,1%, 6-10 лет – у 23,1% и 11-15 лет – у 4,8% больных.

Критериями оценки результатов лечения ОГО КТС служили следующие параметры: наличие или отсутствие жалоб у пациента, данные осмотра, наличие или отсутствие ортопедических осложнений (анкилоз тазобедренного сустава, перелом шейки бедренной кости и патологический вывих, деформация таза), состоя-

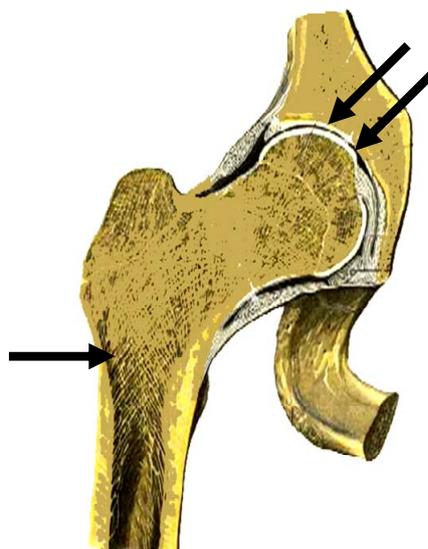


Рис. 3

ние функции конечности, также учитывался переход в хроническую форму заболевания (наличие болей, свищей, рецидивов заболевания и т.д.) и клинико-рентгенологическое восстановление костной структуры пораженных костей.

Характеристика осложнений при изучении отдаленных результатов у наших пациентов в зависимости от способа хирургического лечения представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика осложнений в отдаленном периоде после лечения ОГО КТС у детей в зависимости от способа лечения.

осложнения	1 группа (n=21)	2 группа (n=20)	3 группа (n=26)
анкилоз	9 (43%)	9 (45%)	5 (19,2%)
пат. вывих бедренной кости	9 (43%)	8 (40%)	5 (19,2%)
перелом шейки бедренной кости	7(33%)	7(35%)	2(7,7%)
деформация таза	9(43%)	3(15%)	1(3,8%)
переход в хроническую стадию	7 (33%)	5 (25%)	-
Летальность	2 (9,5%)	-	-

Как видно из таблицы 1, что наибольшее количество осложнений в отдаленные сроки после выписки больных из стационара отмечено в первой группе, где анкилоз тазобедренного сустава наблюдался у 9 (43%) больных, во второй - 9 (45%), а в третьей у – 5 (19,2%). Патологический перелом шейки бедренной кости в I группе отмечались у 7 (33%), во II – у 8 (40%) и в III – у 2 (7,7%) больных соответственно. Переход в хроническую форму заболевания в 1 и 2 группах составили 7 (33%) и 5 (25%) случаев соответственно. В третьей группе перехода в хроническую форму заболевания не было отмечено. Летальность от амилоидоза внутренних органов в отдаленном периоде наблюдалась в 1 группе у 2(9,5%) больных, в двух других группах летальных исходов не было.

Для облегчения статистической обработки и визуализации состояния функции конечности нами были внедрены следующие параметрические показатели: коэффициент укорочения конечности (КУК) и коэффициент подвижности сустава (КПС).

КУК основан на учете соотношения длины пораженной бедренной кости к здоровой. Последний вычисляется следующим образом: измерялось расстояние между передне-верхней осью подвздошной кости и верхним краем надколенника с помощью сантиметровой ленты на здоровой и больной конечностях. Итоги вычислялись следующей по формуле:

$$КУК = \frac{Д1 \text{ см.}}{Д2 \text{ см.}} = 1,0$$

где: длина бедра с больной стороны (Д1) делилась на длину бедра со здоровой стороны (Д2), в норме он составляет 1.0.

Если КУК был больше 0,9 ед., результат оценивался как хороший (I-степень). Если КУК был меньше 0,9 ед., но больше 0,8 ед., результат оценивался как удовлетворительный (II-степень). Если КУК составлял меньше 0,8 ед., результат оценивался как неудовлетворительный (III-степень).

КПС высчитывается следующим образом: складывались углы движения в тазобедренном суставе в отведении и сгибании, на больном и здоровом тазобедренном суставах, которые затем делились между собой по следующей формуле:

$$КПС = \frac{(<Об + <Сб)}{(<Оз + <Сз)} = 1,0$$

где: углы отведения и сгибания на больном тазобедренном суставе складывались ((<Об + <Сб) и делились на сумму углов отведения и сгибания на здоровом (<Оз + <Сз), в норме он составляет 1.0.

Если КПС был больше 0,7 ед., результат оценивался как хороший (I-степень). Если КПС был больше 0,7 ед., но меньше 0,5 ед., результат оценивался как удовлетворительный (II-

степень). Если КПС составлял 0 ед., т.е. в большом тазобедренном суставе отсутствовали движения, результат оценивался как неудовлетворительный (III-степень).

Характеристика методов количественных параметрических показателей КУК и КПС представлены в таблице 2

Таблица 2. Характеристика методов количественных параметрических показателей КУК и КПС

Параметрические показатели	1 группа (n=21)	2 группа (n=20)	3 группа (n=26)
коэффициент укорочения конечности			
I степень	7(33%)	9(45%)	15(57,7%)
II степень	5(24%)	6(30%)	6(23,1%)
III степень	9(43%)	5(25%)	5(19,2%)
коэффициент подвижности сустава			
I степень	6(28,5%)	8(40%)	12(46%)
II степень	6(28,5%)	7(35%)	9(35%)
III степень	9(43%)	5(25%)	5(19%)

Отдаленные результаты лечения ОГО КТС оценивали по трехбалльной системе.

Хорошими мы считали отдаленные результаты у тех лиц, которые не предъявляли жалоб, общее физическое состояние соответствовало возрасту, отсутствовали функциональные нарушения в тазобедренном суставе, КУК и КПС были I степени, деформации таза не отмечалось, не наблюдалось ортопедических осложнений, рентгенологически отмечалась полная репарация в пораженных костях.

Удовлетворительным считался результат при редких жалобах на боли, деформацию в области тазобедренного сустава при нормальной его функции или тугоподвижности (КПС не более II степени), КУК II - степени, отсутствие явлений хронизации гнойного процесса, рентгенологически: отмечался частичный лизис головки бедренной кости, щель в тазобедренном суставе сужена, но прослеживается, явлений патологического вывиха нет.

При неудовлетворительных результатах лечения отмечались жалобы на боли в конечности, свищи с гнойным или серозным отделяемым, КУК III-степени, полное отсутствие движений в тазобедренном суставе (КПС III степени), учитывали наличие рецидивов остеомиелита, возникновение ортопедических осложнений, таких как анкилозы, деформации конечности и таза, патологических вывихов и переломов шейки бедренной кости и т.д. Рентгенологически выявлялось полное разрушение тазобедренного сустава и (или) нахождение проксимального отдела бедра вне вертлужной впадины, а также переход в хроническую стадию.

В таблице 3 приведены отдаленные результаты лечения ОГО КТС с учетом приведенных выше критериев по группам.

Таблица 3. Отдаленные результаты лечения ОГО КТС

Оценка результатов лечения	группы обследованных						всего	
	1 группа		2 группа		3 группа			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Хорошие	7	33,0	9	45,0	15	57,7	31	46,3
удовлетворительные	5	24,0	6	30,0	6	23,1	17	25,4
неудовлетворительные	9	43,0	5	25,0	5	19,2	19	28,3
Всего	21	100	20	100	26	100	67	100

Из таблицы 3 видно, что хорошие результаты из числа всех больных были отмечены у 46,3% больных. Наилучшие результаты (хорошие) получены у больных 3-ей группы – 57,7%, что было значительно выше по сравнению с первой (33,0%), и 2-ой группой – 45,0%. Особенно заметна разница при оценке эффективности лечения предложенным способом по сравнению с традиционным. Неудовлетворительные результаты лечения, в 3-ей группе составили только 19,2%, в то время как в 1-ой группе этот показатель был почти в 2 раза выше и составил 43,0%.

Выводы.

Применение разработанной методики дренирующих остеоперфораций крыши вертлужной впадины, при хирургическом лечении острого гематогенного остеомиелита костей тазобедренного сустава у детей, позволяет улучшить результаты лечения, снизить количество осложнений в 2 раза, исключить переход в хроническую форму.

Хорошие результаты лечения получены у больных 3-ей группы – 57,5%, что было значительно выше по сравнению с первой (33,0%)

Сравнительный анализ результатов лечения больных с ОГО КТС показал, что применение разработанной методики значительно снижает количество ортопедических осложнений в отдаленном периоде.

Литература

1. Ахунзянов А.А., Гребнев П.Н., Фатыхов Ю.И., Фатыхов А.Ю., Гильмутдинов М.Р., Смирнов О.Г. Ортопедические осложнения острого гематогенного остеомиелита у детей// Остеомиелит у детей: сборник научных трудов Российского симпозиума с международным участием. –Ижевск, 2006. -С. 14-16.
2. Бушмелев В.А., Стрелков Н.С. Острый гематогенный остеомиелит у детей. –Ижевск, 2000. -62 с.
3. Бордиян С.Г. Дифференциальная диагностика острых воспалительных заболеваний тазобедренного сустава у детей: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. –Санкт Петербург.2006. -19 с.
4. Кукуруза Ю.П. Гематогенный остеомиелит костей тазобедренного сустава у детей / Ю.П. Кукуруза // Клин, хирургия. - 1983. - № 6. - С.24-26.
5. Скворцов А.П. Хирургическое лечение последствий гематогенного остеомиелита области суставов нижних конечностей у детей: Автореф. Дис. ... докт. мед. наук. -Казань.2008. -40 с.
6. Стрелков Н.С., Бушмелев В.А., Пчеловодова Т.Б., Головизина Т.Н., Кузьмин А.А. Хирургическая тактика при остром гематогенном остеомиелите костей образующих тазобедренный сустав// Остеомиелит у детей: сборник научных трудов Российского симпозиума с международным участием. –Ижевск, 2006. С. 242-244.

Summary

86 children with acute hematogenic osteomyelitis of bones of coxofemoral joint have been studied. According to the form of performed surgical interferences three clinical groups have been selected/ In the follow-up period good results have been received in 15 (57.7%) patient of the 3d group that is considerably more in comparison with the 1st group 7(33.3%) and the 2nd group 9(45%). The method of draining osteoperforations of acetabular tegmen (DOAT) made it possible to improve the outcome of the disease to decrease the number of complications twice less and exclude transfer to a chronic form.

Джуррабекова А.Т.,
Хамидова Н.,
Шомуродова Д.

**ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БЕРЕМЕННЫХ
ЖЕНЩИН С ЭКЛАМПСИЕЙ ДО И ПОСЛЕ РОДОВ**

Самаркандский медицинский институт

Сохранение и повышение уровня здоровья матерей и детей – одна из важных государственных задач, решение которой позволит обеспечить воспроизводство здорового поколения. Состояние здоровья женщин и детей имеет большое социально-политическое значение и характеризует не только медицинскую помощь женщинам и детям, но и состояние системы здравоохранения и общества в целом (1, 3, 4, 8).

Оказание своевременной квалифицированной помощи при экстремальных ситуациях на догоспитальном этапе требует от врача навыков и знаний. Прежде всего, это касается гестозов – тяжелой акушерской патологии, таких как преэклампсия, эклампсия, эклампсическая кома (2, 5, 6).

Под гестозом беременных понимают сложный нейрогуморальный патологический процесс, который возникает преимущественно во второй половине беременности и проявляется различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также нарушениями целого ряда обменных процессов, иммуногенеза и других функций организма беременных (7, 9, 10).

Под гестационной гипертензией следует понимать повышение АД без других симптомов преэклампсии после 20 недель беременности у женщин, которые ранее имели нормальные цифры АД. Артериальную гипертензию, которая возникла до 20 недель беременности, следует считать хронической. Для преэклампсии характерно повышение АД от 150-170/110 мм.рт.ст и более, отеки на нижних конечностях и передней брюшной стенке, протеинурия 5 г/л и больше в