



Астана қаласы әкімдігінің ШЖҚ «№1 қалалық  
аурухана» МКК  
«Астана медицина университеті» АҚ



Астана қаласы әкімдігі №1 қалалық  
ауруханасының 90 жылдық мерейтойына  
арналған ғылыми-тәжірибиелік  
конференциясының  
**ТЕЗИСТЕР ЖИНАҒЫ**

**СБОРНИК ТЕЗИСОВ**  
научно-практической конференции  
посвященной 90-летию №1 городской  
больницы акимата г.Астана

9 октября 2015 год  
9 қазан 2015 жыл

Астана

УДК 614.2 (063)  
ББК 5.1 (5К)  
МЗЗ

*Утверждено и рекомендовано к изданию на заседании отдела инновации и медицинского образования ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г.Астана в качестве дополнительной учебной литературы*

**Рецензенты:**

Г.Т.Тулешова – доктор PhD, и.о.начальника отдела науки АО «Медицинский университет Астана»

Е.Д.Даленов – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой профилактической медицины и питания

Редакционная коллегия: Шайдаров М.З., Галицкий Ф.А., Абдуов М.К., Цой О.Г., Жунусов Е.Т., Дубицкий А.А., Ботаев Р.С., Абдуллаев Б.Ю.

МЗЗ

**Сборник тезисов научно-практической конференции «Передовые медицинские технологии в практическом здравоохранении», -Астана, 2015- 65 с.**

ISBN 978-601-244-272-4

В материалах представлены публикации различных направлений медицины с широким диапазоном проблем современной медицинской науки и практики здравоохранения. Сочетание научно-исследовательского подхода в практическом здравоохранении подчеркивает актуальность проблем в медицине.

Работы авторов основаны на результатах диагностики, трансплантации в гепатобилиарной хирургии, оперативного и консервативного лечения ЛОР - патологии, оперативного лечения в ангиохирургии, оперативного лечения при травмах пациентов пожилого возраста, лечения в гнойной хирургии, эндокринологии, андрологии и токсикологии.

Материалы сборника рекомендуются обучающимся в медицинских ВУЗах, резидентам, магистрантам, докторантам, специалистам многопрофильных клиник занимающиеся диагностикой и лечением хирургической патологии и соматических заболеваний, которые способствуют расширению интеллектуального кругозора и совершенствованию анализа при проведении исследований.

УДК 614.2 (063)  
ББК 5.1 (5К)

ISBN 978-601-244-272-4

**Астана қаласы әкімдігінің ШЖҚ «№1 қалалық аурухана»  
МКК  
«Астана медицина университеті» АҚ**



**СБОРНИК ТЕЗИСОВ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ  
«ПЕРЕДОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ  
ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИЧЕСКОМ  
ЗДРАВООХРАНЕНИИ», ПОСВЯЩЕННОЙ  
90-ЛЕТИЮ №1 ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ  
АКИМАТА ГОРОДА АСТАНА**

**9 октября 2015 год, Астана**



### **Уважаемые коллеги!**

Разрешите поздравить Вас с проведением научно-практической конференции, посвященной 90-летию городской больницы №1 г.Астаны.

За годы Независимости наша страна, благодаря политике Главы государства, сумела сделать рывок в своем развитии, что, несомненно, положительно отразилось на качестве жизни наших граждан и социальном благополучии общества.

В Республике Казахстан разработан проект Государственной программы развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2020 годы, который обеспечит преемственность задач, реализованных Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг. и является ключевым направлением реализации стратегического плана развития Республики до 2020 года. Как подчеркнул Президент Республики Казахстан Нурсултан Абишевич Назарбаев в своем послании народу Казахстана, «Здоровье народа - это неотъемлемая составляющая успеха Республики в достижении стратегических целей страны». Отрасль здравоохранения, представляющая собой развитую социально ориентированную систему, призванную обеспечить доступность, своевременность, качество и преемственность оказания медицинской помощи, является приоритетной для развития нашего государства.

На сегодняшний день – это современный многопрофильный клинический центр, который оснащен новым оборудованием и оказывает высокоспециализированную и специализированную медицинскую помощь.

Существование клиники имеет вековую историю, которая развивалась с начала XX века с формированием и воспитанием многих поколений врачей разных специальностей. Достижения высокого уровня профессионализма наших специалистов на сегодняшний день – это результат большого практического опыта, преемственности передачи медицинских знаний, ответственности и преданности своей профессии.

Выражаю надежду, что научно-практическая конференция в полной мере будет содействовать решению актуальных научных и практических проблем многопрофильных стационаров и даст толчок к широкому внедрению инновационных технологий в диагностике и лечении в практическое здравоохранение.

Желаю участникам и гостям конференции плодотворной работы и сотрудничества!

**Главный врач  
№1 городской больницы г.Астана**

**Абдуов М.К.**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Мухамадиева Г.А., Тулебаев Е.Е. ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ В ЦЕНТРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА№1»	5
Тян Л.В., Абежанова Г.С., Жумажанов Н.М., Тажикова А.М., Сулейменов А.С., Туланов М.Т. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	7
Тунгушбаева М.М., Кантемирова Д.Ш., Кекильбаева З.А. УПРАВЛЕНИЕ ЗАПАСАМИ КРОВИ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ	8
Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Ерсаканова Б.К., Байменов А.Ж. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОМЫВАНИЯ ПАЗУХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРИБКОВОМ РИНОСИНУСИТЕ	11
Кровицкий В. И. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНО-ЗАГРУДИННОГО ЗОБА	14
Байжуманова А.С., Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А., Жусупов Б.З., Папулова Н.М., Ерсаканова Б.К. МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕЗОВ ГОРТАНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	15
Айтжанов Е.Б., Абдуллинов А.С., Елюбаев Н.К., Рыскулов Г.Б., Молдраков А.С., Садвакасова Ж.З., Исламгалеева Ж.Х. ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	17
Беликова Е.Ю. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕПАДИФ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	18
Башинская Г.Н., Баженова Е.Б., Балась А.Н., Ажибаев Р.Б., Палицын Д.А., Дурович А.С., Дерр В.В., Дерр Т.И., Козлова М.В. ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ	20
Мухамадиева Г.А., Абильтаева Д.А., Туржанова Д. ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАСЦИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ/ ХРЯЩА С ФАСЦИЕЙ ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКИ 1 ТИПА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ С ЛИТЕРАТУРНЫМИ ДАННЫМИ ЗАРУБЕЖНЫХ КОЛЛЕГ	22

Жунусов Е.Т., Ботаев Р.С., Султангереев А.Б., Тезекбаев К.М., Естемесов Н.Т., Сулейменов Н.Т. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	24
Мухамадиева Г.А, Маханова М. М ., Саудабаева З.Д. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВЫХ ПРОТЕЗОВ	26
Беликова Е.Ю., Хасенова А.А., Есенгельдиева А.Е. , Волкова Т.А. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГАБАГАММА ПРИ БОЛЕВОЙ ФОРМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ	28
Абежанова Г.С., Куспанов М.А., Донбай А.А., Абдуалиев С.А., Балжанов Ж.М., Есеев А.Ж., Абдуллаев Б.Ю. ОПЫТ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» АКИМАТА Г. АСТАНЫ	31
Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К., Байменов А.Ж. УДАЛЕНИЕ МИЦЕТОМ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА	32
Рахимов Б.Е., Землянский В.В., Айтжанов Е.Б., Елюбаев Н.К., Карабаев Н.А., Кенжин А.Т., Куандықұлы Қ., Ли А.Г. ИМПЛАНТАЦИЯ СТЕНТ-ГРАФТА, КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ: НАШ ОПЫТ	34
Утегенов Б.А., Алмаханов А.Н. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ВЯЛОЗАЖИВАЮЩИХ РАН ФИТОПРЕПАРАТОМ «СОЛОДКИ МАСЛО»	36
Беликова Е.Ю. СЛУЧАЙ ДИДМОАД СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	38
Салехов С.А., Донбай А.А. ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ТРАНСПОРТАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ И ТОКСИНОВ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ	39
Айтжанов Е.Б., Хайрли Г.З., Жиенбаев Е.Р., Бакыт Ж.К., Абдугалимов Ш.В., Гринь Е.А. ПРЕЦИЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ КРОВОТОКА ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ	41
Беликова Е.Ю., Павлова Н.П., Камитбекова Ж.У. АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ	43
Айтжанов Е.Б., Хайрли Г.З., Жиенбаев Е.Р., Бакыт Ж.К., Абдугалиев Ш.В., Гринь Е.А. МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КРОВОТОКА ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ	44

ДИСФУНКЦИИ ВАСКУЛОГЕННОГО ГЕНЕЗА: ИЛЛЮСТРАЦИЯ СЛУЧАЯ	
Абежанова Г.С. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ	46
Зейнуллина Т.У., Садвакасова Ж.З. РОЛЬ ДОПЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКИ ИССЛЕДОВАНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»	48
Мухамадиева Г.А., Жильгельдинов Т.А., Кудабаев А.А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОБРАЩАЕМОСТИ ПРИ ТОТАЛЬНЫХ ТИМПАНИТАХ В ЦЕНТРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №1»	50
Беликова Е.Ю. ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИЙ-ДЗ НИКОМЕД ОСТЕОФОРТЕ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ	52
Донбай А.А., Абежанова Г.С., Есеев А.Ж. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ	53
Тулбаев Р.К., Жусупов Б.З., Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНСИТОВ	54
Зейнулина Т.В., Ахметова Н.А., Джакипов М.А., Ли А.Г. АБДОМИНАЛЬДІ СЕГМЕНТ КОМПЬЮТЕРЛІК ТОМОГРАФИЯСЫНДА БАУЫРДЫҢ ОШАҚТЫ ЗАҚЫМДАЛУЫН ЗЕРТТЕУ КЕЗІНДЕ КОНТРАСТТЫ ЗАТТАРДЫ БОЛҮСТІ ТҮРДЕ ЕНГІЗУДІҢ МҮМКІНДІКТЕРІ	55
Мухамадиева Г.А., Фасиев Р.Г., Рахметов Д.С. ШЖҚ «№1 ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ДӘРІГЕРЛЕРІМЕН ЖҮРГІЗІЛГЕН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІНДЕ АТРОФИЯЛЫҚ РИНИТТІҢ КЕЗДЕСУ ЖИЛІГІНДЕ ОТА АЛДЫНДАҒЫ ДАЙЫНДЫҚ	58

**Мухамадиева Г.А.<sup>1,2</sup>, Тулебаев Е.Е.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астана

<sup>2</sup>АО «Медицинский университет Астана», Астана

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ АНГИОФИБРОМЫ В ЦЕНТРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №1»**

### **Актуальность**

Юношеская ангиофиброма носоглотки – своеобразная морфологически доброкачественная опухоль, встречающаяся у мужчин в возрасте от 9 до 30 лет, склонная к прорастанию в окружающие ткани и проникновению в смежные области, отличается склонностью к рецидивированию, и по своему клиническому течению напоминает злокачественное новообразование. По литературным данным, частота встречаемости составляет 1 на 50 – 60 тысяч ЛОР пациентов или 0,5% всех опухолей головы и шеи.

Особенностью данного заболевания является трудность диагностики и дифференциальной диагностики на ранних этапах. Что может привести к тяжелым интра- и послеоперационным осложнениям, при неправильном выборе тактике лечения.

При удалении ЮАН применяются различные операции, в числе которых распространение получили следующие: операции с применением доступов через естественные пути; операция с применением щадящего доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением разреза под губой или операция по Денкеру); операция с применением расширенного доступа через верхнечелюстную пазуху и полость носа (с проведением лицевого разреза или операция по Муру), а также операция с применением доступа через нёбо.

### **Цель**

Определить оптимальный алгоритм диагностики и лечения юношеской ангиофибromы в условиях городского стационара.

### **Материалы и методы**

В период с 2012 по апрель 2015 года на базе центра пролечено 6 пациентов с данной патологией.

Первыми симптомами заболевания были: затруднение носового дыхания, гнусавость. Симптомы нарастали по мере роста опухоли и поражения смежных структур: появляются носовые кровотечения, экзофтальм, асимметрия лица, птоз, головные боли. При фиброскопическом исследовании верхних дыхательных путей определялась опухоль бурого цвета, кровоточащая при контакте.



Среди пролеченных случаев в 2х случаях из 6 (33%) опухоль занимала всю носоглотку, 3х случаях (50%) – опухоль занимала 2/3 носоглотки, 1 случай (17%) – образование перекрывало носоглотку на половину.

На 1м этапе диагностики производилась передняя и задняя риноскопия, эндоскопия полости носа и носоглотки. Следующим этапом производилась мультиспиральная компьютерная томография головы и шеи в ангиорежиме с контрастированием, с целью определения васкуляризации новообразования и места отхождения питающего сосуда.

После чего, на 1 этапе хирургического лечения, производится селективная ангиография с эмболизацией ветвей питающего сосуда. В 4 случаях из 6 (66%) пациентам была произведена эмболизация. Maxillaris; в одном случае (17%) производилась эмболизация. carotisexterna; также в одном случае (17%) – эмболизация не производилась.

Далее, в зависимости от распространенности процесса, производится удаление новообразования, при 1й и 2й стадиях процесса возможно эндоскопическое удаления новообразования. То есть удаление ЮАН производится без нарушения целостности структур, как наружного, так и внутреннего носа с придаточными пазухами. Однако при 3й и 4й стадиях процесса невозможно избежать грубых манипуляций, иногда приводящих к деформации лицевого скелета. Так как в данном случае вмешательство происходит с нарушением целостности костей лицевого скелета. Среди пролеченных пациентов у 5 (83%) была диагностирована 1-2 степени заболевания, 1 (17%) – 3-я стадия.

### **Результаты исследований и обсуждение**

В 5 случаях из 6 (83%), которым предварительно была произведена селективная эмболизация питающего сосуда, интраоперационная кровопотеря составила 50-100 мл, в 1м случае (17%), без эмболизации, при первой стадии заболевания, интраоперационная кровопотеря составила 460 мл, что потребовало установки как передней, так и задней тампонады, в остальных же случаях достаточно было только передней тампонады, которая была удален через 24 часа. Как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, эпизодов кровотечений не отмечалось ни у одного пациента.

Контрольный осмотр производился через 3, 6, 12 месяцев после оперативного лечения. Рецидива заболевания не отмечалось ни в одном случае.

### **Заключение**

Щадящее эндоскопическое удаление новообразований в совокупности с предварительной эмболизацией питающего сосуда приводит к минимальной травматизации полости носа и лицевого скелета, а также минимальной кровопотере.

---

**Тян Л.В., Абежанова Г.С., Жумажанов Н.М., Тажикова А.М., Сулейменов А.С., Туланов М.Т.**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г.Астаны

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

### **Актуальность**

В Казахстане за последние годы уделяется особое внимание внедрению высокотехнологичных методов хирургического лечения. В соответствии с программой развития здравоохранения РК, Центр амбулаторно-клинической колопроктологии Городской больницы №1 г. Астана широко внедряет стационарозамещающие технологии в лечении больных.

Такие заболевания, как геморрой, анальная трещина, эпителиально-копчиковый ход и простые формы хронического парапроктита составляют не менее 50% больных любого колопроктологического стационара. Можно с уверенностью говорить о целесообразности выполнения несложных, но вместе с тем высокоэффективных и безопасных операций на промежности и крестцово – копчиковой области в амбулаторных условиях.

В современных условиях, начавшаяся реорганизация здравоохранения привела к тому, что госпитализация в специализированные отделения сократилась на 1/3. Поэтому во многих медицинских учреждениях оперативные вмешательства, выполнимые в амбулаторных условиях, по-прежнему производятся в стационаре, что, естественно тормозит развитие. Решение этой задачи, прежде всего, связано с усилением роли поликлиники в лечении проктологических больных и созданием центров амбулаторной помощи с суточным стационаром, привлечением квалифицированных хирургов-колопроктологов.

### **Цель**

Показать возможность и эффективность хирургического лечения проктологических больных в амбулаторных условиях.

### **Материалы и методы**

За период с 10.04.2013 по 30.06.2015 годы было осмотрено 6685 пациентов; из них: на платной основе 3174 (47,5%), на бюджетной основе 3511 (52,5%). Возраст пациентов варьировал от 18 до 60 лет, основная масса (73%) молодого и среднего возраста.

### **Результаты**

Выполнено 716 оперативных вмешательств: геморроидэктомия открытая с применением ультразвукового диссектора - 242 (33,8%), лигирование геморроидальных узлов - 86 (12%), иссечение свищей (интра- и трансфинктерных) - 90 (12,6%), иссечение хронической анальной трещины - 130 (18,1%), полипэктомия - 39 (5,4%), кондиломэктомия - 34 (4,7%), пластика анального канала - 8 (1,1%), иссечение эпителиально-копчиковых кист - 33 (4,6%), вскрытие острого парапроктита - 48 (6,7%), сфинктеропластика - 3 (0,4%), иссечение дермоидной кисты перианальной области - 3 (0,4%). При выполнении вышеперечисленных операций осложнений не было.

### **Выводы**

1. Амбулаторное лечение проктологических больных с применением высокотехнологичных методов на нашем опыте, показывает эффективность проводимого хирургического лечения. Практика показала, что амбулаторное лечение комфортно для проктологических пациентов и дает выраженный экономический эффект для медицинских учреждений, что немаловажно на современном этапе.

2. Для успешного хирургического лечения необходимо: наличие высококвалифицированного медицинского персонала (от врачебного состава до среднего и младшего медперсонала), очень тщательный подбор пациентов (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, бытовые условия, желание пациента), отработанная логистика движения пациентов (возможность госпитализации пациентов в экстренном порядке в круглосуточном режиме), наличие мобильной связи с пациентами.

---

**Тунгушбаева М.М., Кантемирова Д.Ш., Кекильбаева З.А.**  
ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны

## **УПРАВЛЕНИЕ ЗАПАСАМИ КРОВИ: СОВРЕМЕННЫЕ РЕШЕНИЯ**

Переливание компонентов крови - одна из важных составляющих оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи и должная организация трансфузионной терапии

многопрофильного стационара Городской больницы №1 является неотъемлемой частью лечебного процесса.

Современная клиническая трансфузиология- это интегральная дисциплина с взаимопроникающими проблемами пограничных наук: хирургии, терапии, онкогематологии, акушерства и гинекологии, анестезиологии и реаниматологии, иммуногематологии, биологии, биотехнологии.

В современных условиях развития специализированной стационарной медицинской помощи населению, внедрения инновационных методов лечения отмечается тенденция к росту применения гемокомпонентной терапии. В свою очередь, требует улучшения оснащенности современным оборудованием и расходными материалами, а также разработки нового методического подхода в организации трансфузиологической помощи.

Казалось бы, вот оно решение проблемы массивной операционной кровопотери. Однако радость оказалась несколько преждевременной. Достаточно быстро выяснилось, что широкое клиническое применение донорских гемотрансфузий связано с целым рядом других весьма серьезных проблем, не только медицинского, но и организационного и биологического характера. Основные из них следующие:

- получение достаточного количества донорских компонентов крови и связанная с ней проблема организации эффективной донорской службы;

- хранение донорской крови;

- инфицирование реципиента возбудителями трансмиссивных инфекций.

Серьезные недостатки, присущие донорским компонентам крови уже достаточно давно побудили клиницистов к поиску альтернативных решений. Компенсация массивной операционной кровопотери, привела к формированию интересного и перспективного направления, получившего название кровосберегающих методик.

В настоящее время с января 2012года на базе ГКП на ПХВ «Городская больница №1» выполнено 47 интраоперационной аппаратной реинфузии аутологичных эритроцитов (ИАРЭ) на аппарате С.А.Т.С.Plus производства Fresenius (Германия).

Решена проблема хранения донорской крови в нашей клинике, с 2012года приобретены медицинские холодильные и морозильные камеры для компонентов крови ( эритроцитсодержащих, свежезамороженных продукций). Решена проблема иммуногематологического исследования, так как приобретен аппарат «Диа-мед». На этом аппарате проводятся подтверждения группы крови и резус фактора пациентов нашей клиники и совместимость группы

крови и резус фактора всех реципиентов с донорской кровью. Количество определений групп крови и резус- принадлежности: 2012г. – 14 691; 2013г.-15 117; 2014г.-16958.

Анализ данных о группах крови и резус- принадлежности пациентов по клинике помогает создать запас компонентов крови определенных групп крови и выполнить плановые и экстренные заявки в клинические отделения и в операционные блоки. В случае недостающего количества компонентов крови определенных групп и резус- принадлежности, необходимых в данный момент, можно экстренно организовать заготовку компонента крови в «Научно-производственном центре трансфузиологии» г. Астаны.

В настоящее время Служба крови Казахстана одна из самых динамично развивающихся направлений медицинской науки, производства и лечебной практики. Эффективность неотложной медицинской помощи, внедрение новых технологий по различным направлениям медицины и, как следствие, состояние показателей здоровья граждан напрямую зависит от развития клинической службы крови. Необходимо обеспечить планомерный переход к международным стандартам деятельности, принять меры по повышению кадрового потенциала службы крови. Поэтому в ГКП на ПХВ «Городская больница №1» с 2012 года открыта отделение трансфузиологии и развернут целый штат специализированных врачей трансфузиологов и квалифицированных по службе крови медицинских сестер. Все сотрудники на рабочем месте обязаны проводить контроль качества процессинга: контроль исправности аппаратуры, соответствия реагентов, макрооценка всех получаемых компонентов и препаратов крови с «Научно-производственного центра трансфузиологии», и, конечно же, строгое соблюдение температурного режима компонентов и препаратов крови до трансфузии компонента пациенту.

Число пациентов получивших трансфузии: 2012г. – 954; 2013г. – 1 050; 2014г. – 1124.

Число проведенных переливаний компонентов и препаратов крови: 2012г. – 7 674; 2013г. – 8 492; 2014г. – 8930.

Сбор, мониторинг, анализ всех вышеизложенных информации по использованию продукции крови, говорит, что год за годом растет потребность на компоненты и препараты крови в нашей клинике за счет открытия отделения политравмы, отделения комбустиологии, отделения хирургической инфекции, отделения трансплантологии и увеличения количества тяжелых пациентов с острым лейкозом в отделении гематологии.

### **Заключение**

Что можно внедрить у себя? По-нашему мнению, следующее:

1.Продолжить рациональное использование компонентов, препаратов крови, строгое соблюдение правил приказа МЗ РК № 666 от 26.11.2009 г.

2.Соблюдение принципов иммунологической безопасности при проведении гемотрансфузии.

3.Роль медицинской сестры во время проведения гемотрансфузии.

4.Анализ практики трансфузионной терапии и подготовка предложений по повышению ее эффективности.

В настоящих Правилах делаются ссылки на следующие нормативные правовые акты:

1. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 июля 2012 года № 501 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 ноября 2009 года № 666 «Об утверждении Номенклатуры, Правил заготовки, переработки, хранения, реализации крови и ее компонентов, а также Правил хранения, переливания крови, ее компонентов и препаратов».

2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 10 ноября 2009 года;

3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 03 ноября 2011 года № 1280 «Об утверждении Правил медицинского обследования лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции»;

2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».

---

**Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К., Байменов А.Ж.**

АО «Медицинский университет Астана», Астана

## **ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОМЫВАНИЯ ПАЗУХ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРИБКОВОМ РИНОСИНУСИТЕ**

Хронический риносинусит в настоящее время остается одним из самых распространенных заболеваний, его частота достигает 16-20%, превышая частоту различного вида артритов (14-15%) и артериальной гипертензии (12-14%). Подсчитано, что практически каждый тысячный (0,1%) человек ежегодно подвергается риску хирургического вмешательства по поводу хронического риносинусита. Нередко при грибковой инфекции заболевание принимает затяжное течение с периодическими обострениями и ремиссиями. К сожалению,

эффективность антибактериального лечения хронического риносинусита является относительной, так как мишенью антибиотиков являются бактерии, а не грибковая микрофлора. Именно грибковая флора, по мнению целого ряда ведущих специалистов, является основной причиной хронизации и длительного течения с периодическими обострениями и ремиссиями, трудностью радикального излечения синусита в последние годы.

### **Цель**

Повышение эффективности лечения больных хроническим грибковым рино синуситом путем применения усовершенствованной иглы для пункции и промывания верхнечелюстной пазухи.

### **Результаты исследования**

Усовершенствованная нами игла для пункции и промывания верхнечелюстной пазухи имеет колющий конец и снабжена штуцером. Внутри нее дополнительно размещается игла меньшего диаметра, которая на участке, прилегающем к штуцеру, изогнута под углом. Колющие концы обеих игл совмещены. В стенке наружной иглы ближе к штуцеру мы вытачивали округлое окно, соответствующее диаметру внутренней трубки. В образовавшееся отверстие вводили внутреннюю иглу, изогнутую в дистальном конце под углом 140°. Место входа внутренней иглы в наружную иглу запаивали. При изготовлении использовались полые иглы разного диаметра, причем их размеры подбирались таким образом, чтобы различия просветов между наружной и внутренней иглой составляли не менее 0,3 мм.

Пункцию верхнечелюстной пазухи у больных хроническим риносинуситом проводили в типичном месте после предварительной поверхностной местной анестезии 3% раствором дикаина. Пазухи промывали сначала 0,2% раствором фурацилина. Затем у больных с доказанной грибковой этиологией использовали для промывания раствор амфотерицина В (0,01%), который вводили в объеме 150-200 мл, оставляя максимально возможный объем в пазухе. Курс лечения, как правило, состоял из 10-12 процедур. Использование этого метода позволило существенно повысить эффективность лечения больных хроническими грибковыми рино синуситами.

Приводим пример успешного применения данного метода:

Больной Ж., 38 лет. Диагноз при направлении в отделение: Обострение хронического двустороннего гайморита. Поступил в отделение с жалобами на головные боли, заложенность носа, наличие обильных гнойных выделений из носа, потерю обоняния. Из анамнеза: страдает хроническим гайморитом в течение 16 лет, заболел после переохлаждения во время прохождения срочной службы во флоте. Неоднократно лечился как амбулаторно, так и в стационаре, где проводились пункции пазух с последующим введением антибиотиков

пенициллинового ряда и цефалоспоринов. Данное обострение – в течение последнего месяца. На рентгенограмме околоносовых пазух выявляется гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух. При риноскопии определяется отечность слизистой оболочки полости носа и гипертрофия средних носовых раковин с обеих сторон. Промывание обычной иглой Куликовского во время диагностической пункции оказалось неэффективным вследствие симптома «клапана», который заключался в том, что при нагнетании жидкость с трудом поступала в пазуху, и не вытекала из нее. Это свидетельствовало о блоке естественного отверстия.

Нами была произведена пункция пазухи двойной иглой. В промывных водах обнаружено наличие гноя и крошковидных масс черного цвета. При бактериологическом исследовании, включая микологические посева, выявлено наличие грибов рода *Aspergillus flavus*, чувствительных к амфотерицину. При этом на рентгенограмме с контрастированием выявлены множественные «дефекты наполнения».

Учитывая длительность заболевания и неэффективность консервативной терапии, больному произведено функциональное эндоскопическое ринохирургическое вмешательство. В обеих пазухах обнаружено наличие густого гноя, полипозных и некротических тканей, а также грибковых масс, которые были удалены. Далее было проведено расширение естественного соустья. В послеоперационном периоде производилось промывание пазухи через данное расширенное естественное соустье раствором амфотерицина В (0,01%). Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 7-е сутки после операции. В течение года рецидивов не наблюдалось.

### **Заключение**

Использование усовершенствованной нами иглы для пункции и промывания верхнечелюстных пазух у больных хроническим грибковым риносинуситом расширяет лечебно-диагностические возможности метода, способствуя повышению эффективности лечения и снижению рецидивов заболевания.

---



**Кровицкий В. И.**

АО «Медицинский университет Астана», Астана

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНО-ЗАГРУДИННОГО ЗОБА**

### **Цель работы**

Выработать рационального алгоритма диагностики и лечения больных с шейно-загрудинным зобом.

### **Материалы и методы**

Обследовано 20 пациентов с шейно-загрудинной локализацией зоба. Это количество больных составило 18 % от числа всех пролеченных пациентов с зобом за период с 2009 по 2014 годы. Женщины составили 85 %, мужчин было 15 %. Возраст пациентов варьировал от 33 до 77 лет и составил в среднем  $53,5 \pm 2,6$  лет. В предоперационном периоде пациентам проводились физикальное обследование, УЗИ шеи, рентгенография грудной клетки или флюорография, рентгенография шеи и средостения с контрастированием пищевода барием, КТ шеи и верхнего отдела средостения, ПТАБ узловых образований щитовидной железы с цитологическим исследованием пункционного материала, определялась сывороточная концентрация ТТГ и тиреоидных гормонов. Нами использовалась классификация шейно-загрудинного зоба, предложенная А. Ф. Романчишеним (1992 г), в которой выделяют пять степеней дислокации зоботрансформированной щитовидной железы.

### **Результаты и выводы**

Шейно-загрудинный зоб выявлен у 18 % больных от общего числа пациентов, подвергшихся хирургическому лечению всех форм зоба. Для него характерен прогрессирующий рост, что приводит к компрессии органов шеи.

При диагностике данной патологии рационально использование комплекса дополнительных методов исследования. Наиболее информативными являются рентгенологические методы, из которых наибольшую диагностическую ценность представляет компьютерная томография (особенно спиральная выполненная в 3D формате). Результаты УЗИ уточняют лишь особенности структуры щитовидной железы и позволяют выявить тенденцию к распространению зоба за грудину.

Хирургическое лечение показано всем пациентам с шейно-загрудинным зобом в связи с возможной или уже развившейся компрессией органов шеи и средостения. Отсрочка операции у таких больных способствует наслоению сопутствующих соматических

заболеваний, характерных для людей пожилого и старческого возраста, на расстройство дыхания, обусловленное компрессией трахеи зобом шейно-загрудинной локализации. Подавляющее большинство операций при шейно-загрудинном зобе удаётся выполнить из шейного доступа под общей многокомпонентной анестезией с использованием ИВЛ.

**Практическим результатом** нашего исследования явился разработанный рациональный алгоритм диагностики и лечения пациентов с шейно-загрудинной локализацией зоба. Его использование позволит назначать лишь необходимые в данной клинической ситуации исследования и сократить время обследования пациентов, улучшить результаты хирургического лечения загрудинного зоба.

---

**Байжуманова А.С., Тулебаев Р.К., Мухамадиева Г.А.,  
Жусупов Б.З., Папулова Н.М., Ерсаканова Б.К.**

АО «Медицинский университет Астана», Астана

## **МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕЗОВ ГОРТАНИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ**

Нарушение голоса и связанное с ним снижение работоспособности голоса значительно влияют на самочувствие и качество жизни пациента, особенно если эти лица речевой и вокальной профессии. Стойкая утрата звучного голоса для людей голосо-речевых профессий становится серьезным препятствием для их дальнейшей профессиональной деятельности. В некоторых случаях эти пациенты вынуждены переходить на инвалидность или менять специальность. Поэтому вопросы реабилитации нарушения двигательной функции гортани имеют большое социальное значение.

Наиболее распространенными являются дисфонии, связанные с операцией на щитовидной железе. В последнее время отмечается неуклонный рост нарушений голосовой функции гортани, обусловленных оперативными вмешательствами. Разными авторами указывается значительная частота повреждений возвратного нерва при операциях на щитовидной железе, от 1-3% до 30%.

За период с 2012 по 2015 гг. в хирургическом отделении ПХВ Первая городская больница г. Астана проводился осмотр пациентов, оперированных на щитовидной железе. Проводилось раннее медикаментозное лечение послеоперационного пареза возвратного нерва. Нами обследовано 470 больных, из них 78,9% лица женского пола. По возрасту преобладали больные от 48 до 60 лет (43% от общего числа пациентов). Обследование включало: осмотр ЛОР органов,

фибрларингоскопию и непрямую ларингоскопию, оценку времени максимальной фонации (ВМФ), субъективный анализ голоса (CAPE-V). Способ оценки ВМФ применен как наиболее легкий и информативный метод оценки степени смыкания голосовых складок при фонации. Нарушение голоса до операции было у 65 больных, преимущественно функционального характера, у 2 пациентов парез гортани, вследствие сдавление опухоли на возвратный нерв. В послеоперационном периоде нарушение голоса, не связанное с парезом гортани было у 66 больных (14% от общего числа пациентов).

Степень дисфонии зависела от положения паретической голосовой складки. При парамедианном или медианном состоянии нарушения голосовой функции проявлялась обычно в незначительной степени и ВМФ составляла 8-11 секунд. При латеральном положении голосовой складки нарушение голосовой складки было наиболее значительным, и ВМФ составила 3-5 сек. Наиболее часто встречалась парамедианная фиксация голосовых складок. В большинстве случаев наблюдался односторонний парез гортани у 34 (7,2%) больных, двухсторонний парез был у 2-х (0,4%) больных.

Медикаментозное лечение проводилось в раннем послеоперационном периоде, начиная с 1 суток после операции. Проводимое лечение было направлено на восстановление нервной проводимости. Для стимуляции нейромышечной проводимости применялся антихолинэстеразный препарат нейромидин. Для восстановления проведения нервного возбуждения в синапсах внутримышечно вводился мильгамма по 2 мл ежедневно. После выписки из стационара пациенты продолжали прием нейромидина и мильгаммы в таблетированном виде в течение месяца и проходили курс реабилитации у фониатра. Курс реабилитации включал дыхательную гимнастику и голосовые упражнения с элементами биологической обратной связи (БОС) с целью добиться лучшего смыкания голосовых складок во время фонации. У большинства пациентов отмечалась значительная положительная динамика голоса после 4-х недель занятий.

Спонтанное восстановление подвижности парализованной голосовой складки наблюдается крайне редко. В нашей практике обратное восстановление подвижности гортани наблюдалось в 5 случаях. Из них в 1-ом случае при двухстороннем парезе.

Своевременное начало реабилитационной работы позволяет обеспечить значительное улучшение качества голоса, увеличение силы звучания, снижение утомляемости голоса, нормализацию дыхания. Часто возможно возвращение к профессиональной голосо-речевой деятельности.

Таким образом, из всего вышеизложенного можно сделать следующий вывод: необходим осмотр врача оториноларинголога-фониатра за неделю до планируемой операции и после проведенной операции, чтобы определить вид возникшего пареза гортани и своевременно назначить соответствующее комплексное лечение. Возможность снижения числа послеоперационных осложнений в виде парезов гортани мы видим в более широком ознакомлении оториноларингологов, хирургов, эндокринологов с вышеперечисленными проблемами.

---

**Айтжанов Е.Б.<sup>1</sup>, Абдуллин А.С.<sup>1</sup>, Елюбаев Н.К.<sup>1</sup>, Рыскулов Г.Б.<sup>1</sup>, Молдраков А.С.<sup>1</sup>, Садвакасова Ж.З.<sup>1</sup>, Исламгалиева Ж.Х.<sup>2</sup>**  
ГКП на ПХВ «Городская больница № 1», акимата г. Астаны<sup>1</sup>  
ГКП на ПХВ «Центр Дерматологии и профилактики БПП»,  
Астана<sup>2</sup>

## **ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

### **Цель**

Оценка результатов применения диодного лазера в лечении варикозной болезни нижних конечностей.

### **Материалы и методы**

В период с 2012 по май 2015 гг. эндовенозная лазерная абляция (фотокоагуляция) применена нами при хирургическом лечении варикозной болезни у 263 больных. В исследовании преобладали женщины – 178 (67,7%) пациенток, мужчин было – 85 (32,3%). Все исследуемые лица трудоспособного возраста (средний возраст  $42,7 \pm 12,3$  года). Согласно международной классификации CEAP у 221 (84,03%) больных заболевание соответствовало С2 классу, у 35 (13,3%) – С4 и у 7 (2,7%) – С5. Эндовазальная абляция магистральных вен производилась с помощью 80 Ваттного диодного лазера Dornier Medilas D MultiBeam, с длиной волны 940нм. При наличии выраженной варикозной трансформации ствола и притоков VSM, процедура дополнялась минифлебэктомией, а в ряде случаев – компрессионной склеротерапией по методике «foam-form», что имело несомненную косметическую ценность. Оценка эффективности воздействия лазерной абляции осуществлялась с помощью повторного ультразвукового ангиосканирования после выполненной процедуры в 1-3 сутки послеоперационного периода и через 6-32 месяцев.

### **Результаты**

Использование лазерной абляции в лечении варикозной болезни, позволило добиться лучшего лечебного и косметического эффекта у подавляющего числа оперированных нами больных – 258 (98%), в сравнении с традиционной флебэктомией. Характерные осложнения констатированы лишь у 5 (2%) пациентов.

### **Заключение**

Эндовенозная лазерная абляция – высокоэффективный миниинвазивный метод лечения варикозной болезни нижних конечностей, который при соблюдении ряда условий позволяет сделать процедуру безболезненной и комфортной. Считаем, что данный способ лечения, имеющий несомненную лечебную и косметическую ценность, необходимо активно внедрять в клиниках страны, включая амбулаторный этап.

---

**Беликова Е.Ю.**

ГККП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЕПАДИФ У ПАЦИЕНТОВ С ЖИРОВЫМ ГЕПАТОЗОМ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

Сахарный диабет - одна из важных медико-социальных проблем здравоохранения всех стран мира, его распространенность неуклонно растет. Основной проблемой диабетологии является профилактика и лечение поздних осложнений СД, повышение качества жизни пациентов. При сахарном диабете 2 типа, осложненного жировой дистрофией печени, характерны тяжелые метаболические нарушения. Жировая дистрофия печени клинически не сопровождается болевым синдромом, диспептические признаки неспецифичны. Использование инсулинотерапии, таблетированных сахароснижающих препаратов, диетотерапии с адекватным самоконтролем не обеспечивают стойкой компенсацией обменных нарушений, без формирования тяжелых осложнений.

Гепадиф — новый оригинальный гепатопротекторный препарат, действующим веществом является карнитина оротат, в состав входит оротоновая кислота, карнитин, пиридоксина гидрохлорид, цианокобаламин, аденозин. Кроме того, что гепадиф является гепатопротектором с репаративным действием, он также оказывает антигипоксическое, антиоксидантное, антитоксическое действие, нормализует липидный и углеводный обмен.

### **Цель исследования**

Оценить эффективность гепатопротектора Гепадиф на ферментативную активность печени при сахарном диабете 2 типа с явлениями жирового гепатоза и влияние препарата на течение диабета.

#### **Материалы и методы**

В условиях эндокринологического отделения ГККП на ПХВ «Городская больница №1» г.Астана в течение 2013-2014 года находились под наблюдением 388 пациентов с СД 2 типа, получавших традиционную сахароснижающую терапию (Глимепирид, Метформин), в возрасте от 39 до 65 лет. Стаж диабета варьировал от 1 года до 18 лет. Из них женщин 176 (45,4%), мужчин 212 (64,6%). В обследовании применялись ИМТ, УЗИ печени с помощью аппарата Logik 5. Биохимические анализы крови: определялись АсАТ, АлАТ, тимоловая проба, билирубин и его фракции, белковые фракции, холестерин (ХС), бета-липопротеиды ( $\beta$ -ЛП), триглицериды (ТГ), щелочная фосфатаза (ЩФ), амилаза, фибриноген, ПТИ, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин, свободный инсулин, С-пептид, а также содержание кетоновых тел в моче по Кетодиабур тесту. Пациенты получали гепадиф по следующей схеме: по 1 флакону внутривенно капельно в течение 5 дней, а затем по 2 капсулы 2 раза в день сроком до 3 месяцев.

#### **Результаты и их обсуждение**

В клинической картине у обследованных больных наблюдались общая слабость (81%), снижение аппетита (69%), тяжесть в правом подреберье и/или эпигастрии (54%), тошнота (47%), холурия (56%), увеличение печени (100%), желтуха (41%), увеличение селезенки (20%). Изменения в биохимических показателях характеризовались повышением активности АЛТ, у части больных – повышением общего билирубина, тимоловой пробы, протромбинового индекса, содержания альбумина, фибриногена. По данным полученного исследования, удалось достичь достоверного снижения уровня холестерина ( $5,7 \pm 1,2$ ; до лечения  $7,6 \pm 1,13$  ммоль/л), существенно уменьшилось содержание триглицеридов в крови ( $1,4 \pm 0,12$  ммоль/л.; до лечения -  $2,9 \pm 0,56$  ммоль/л.). Содержание ЛПНП у больных основной группы снизилось с  $62,0 \pm 2,8$  до  $51 \pm 2,9$ . Снизились показатели общего билирубина ( $15,1 \pm 1,6$  ммоль/л.; до лечения -  $19,2 \pm 1,2$  ммоль/л) и прямого билирубина ( $3,1 \pm 1,0$  ммоль/л.) АЛТ после лечения -  $31 \pm 1,8$  ммоль/л. (до лечения  $86 \pm 2,6$  ммоль/л); АСТ -  $33 \pm 1,4$  (до лечения  $78 \pm 2,6$  ммоль/л), ЩФ -  $111 \pm 4,2$  (до лечения  $162 \pm 2,5$ ). Улучшились показатели компенсации диабета, снижение уровня HbA1c на фоне лечения на 0,9-1% (до лечения - 8,8%); уровень С-пептида после лечения  $1,8 \pm 1,2$  нг/мл. (до лечения -  $1,2 \pm 0,8$  нг/мл). На фоне проведенного лечения отмечалась стабилизация уровней гликемии в пределах субкомпенсации (сахар крови 5,7-7,1 ммоль/л). Достоверно уменьшилась частота гипогликемий, в связи с

улучшением состоятельности печеночного буфера, что позволило снизить дозу препарата Глимепирид (Антарис) до  $3 \pm 1$  мг утром; амбулаторно - до  $2 \pm 1$  мг. Доза Метформина (Сиофор 1000 мг) увеличивалась с целью коррекции ИМТ, свободного инсулина, липидного обмена.

На фоне терапии препаратом гепадиф отмечалось уменьшение проявлений астеновегетативного, диспепсического синдромов, желтухи, сокращение размеров печени, в том числе восстановление ее эхоструктуры, по данным УЗИ.

### **Заключение**

Препарат Гепадиф целесообразно включать в комплексное лечение сахарного диабета 2 типа и его осложнений, в связи с достоверной ликвидацией резких колебаний гликемии, уменьшением гипогликемии и улучшением показателей липидного спектра крови, что способствует коррекции метаболических нарушений, улучшает показатели компенсации сахарного диабета, повышает качество жизни пациентов.

---

**Башинская Г.Н., Баженова Е.Б., Балась А.Н., Ажибаев Р.Б.,  
Палицын Д.А., Дурович А.С., Дерр В.В., Дерр Т.И., Козлова М.В.**  
ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны

## **ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ УГАРНЫМ ГАЗОМ**

### **Актуальность**

Последние годы в республике Казахстан отмечается рост отравлений угарным газом. За последние 5 лет этот показатель увеличился с 1618 случаев до 2 510, что составляет 10% от общего количества отравлений (в предыдущем году - 7%). Из них в 2014 году 23 случая закончились летальным исходом. По городу Астане в общей структуре отравлений, отравления угарным газом занимают вторую позицию, и составляет 24% от общего количества отравлений. Данная патология приводит к длительной нетрудоспособности и нередко заканчивается стойкой инвалидизацией.

### **Цель исследования**

Оценить повреждающие факторы при отравлении угарным газом на основании исследования крови на определение карбоксигемоглобина (CoHb), креатинкиназы (КФК), креатинкиназы-МВ (СК-МВ).

Определение карбоксигемоглобина. Токсическое действие окиси углерода обусловлено его высоким сродством к гемоглобину (в 204 раза больше, чем у кислорода). Попадая в кровь через легкие, он связывается с гемоглобином, образуя стойкое соединение карбоксигемоглобин, который уже не способен транспортировать кислород тканям, что приводит к острому кислородному голоданию организма. Для связывания половинного количества гемоглобина достаточно содержания 0,1% окиси углерода во вдыхаемой атмосфере. Окись углерода адсорбируется также гемоглобином мышц, сердечной мышцей и клетками центральной нервной системы.

Определение креатинкиназы. Креатинкиназа (креатинфосфокиназа) катализирует реакцию обратимого переноса фосфорильной группы с АТФ на креатин с образованием макроэргического соединения креатин-фосфата, участвует в регуляции динамического соотношения концентраций АТФ: АДФ в клетках. В мышечной ткани креатинкиназа составляет 10-20% от всех растворимых саркоплазматических белков. Активность креатинкиназы в сыворотке крови возрастает при миопатиях, прогрессирующих мышечных дистрофиях, гипотиреозе, отравлении, после инфекционных болезней; как правило, при этом изменяется и изоферментный спектр фермента.

Определение креатинкиназы-МВ. Изофермент креатинкиназы, характерный для ткани сердечной мышцы. Катализирует обратимый перенос фосфорильного остатка с АТФ на креатин и с креатинфосфата на АДФ. Молекула креатинкиназы-МВ состоит из двух различных субъединиц-В и М, содержится исключительно в миокарде. Определение активности МВ-изофермента креатинкиназы имеет большое значение в диагностике инфаркта миокарда и мониторинге постинфарктного состояния, позволяя оценить объем поражения и характер восстановительных процессов. Концентрация этого фермента существенно повышается при воспалительных и дегенеративных заболеваниях скелетных мышц, травматических повреждениях, состояниях шока, интоксикации.

#### **Материал для исследования**

Ретроспективная оценка историй болезни 57 пациентов, перенесших отравление угарным газом средней и тяжелой степени тяжести. Исследуемая группа состояла из 30 женщин (53%) и 27 мужчин(47%), в возрасте от 17 до 40 лет. Среди пациентов в исследуемой группе 36 человек перенесли отравление средней степени тяжести, 21 человек- отравление тяжелой степени тяжести.

#### **Результаты**

Показатели карбоксигемоглобина варьировали в пределах 6,7-24,8%, что не отражало в полной степени тяжесть состояния



пациентов(уровень нарушения сознания, нестабильность гемодинамики и т.д.). Показатели креатинкиназы при отравлениях средней степени тяжести были повышены у 15 пациентов(42%), повышение прослеживалось в 5-7 раз. При отравлениях тяжелой степени изменения показателей КФК были у 19 пациентов(90%), повышение было в 50 и более раз. Изменение показателей креатинкиназы-МВ выявлено у 5-и пациентов(14%) со средней степенью тяжести, с повышением уровня в 2-3 раза. При отравлении тяжелой степени тяжести данные изменения зарегистрированы у 19-и пациентов (90%), повышение показателей в 100 и более раз. Максимального значения данные показатели достигали к 3 суткам заболевания.

### **Выводы**

1. Исследование уровня карбоксигемоглобина не отражает истинные критерии тяжести пациентов.
2. Изменение показателей креатинкиназы и креатинкиназы-МВ свидетельствуют о возникновении нарушений метаболизма в кардиомиоцитах, с максимальным проявлением их к 3-им суткам заболевания, что необходимо учитывать при лечении данной категории пациентов и прогнозировать возможные осложнения.

---

**Мухамадиева Г.А., Абильтаева Д.А., Туржанова Д.**  
ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» акимата г. Астаны

## **ОБЗОР РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФАСЦИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ/ ХРЯЦА С ФАСЦИЕЙ ПРИ ТИМПАНОПЛАСТИКИ 1 ТИПА В СРАВНИТЕЛЬНОМ АНАЛИЗЕ С ЛИТЕРАТУРНЫМИ ДАННЫМИ ЗАРУБЕЖНЫХ КОЛЛЕГ**

### **Введение**

Длительное время считалось, что фасция является идеальным материалом для закрытия перфорации, но она не всегда выдерживает давление в барабанной полости. Композитный лоскут в виде хряща с фасцией теоретически является более устойчивым материалом, однако идут споры, что более плотная структура хряща, при тимпанопластике 1 типа может повлиять на послеоперационные акустические параметры.

### **Цель**

Сравнить результаты приживления двух видов лоскутов: отдельно взятой височной фасции и композитного материала (хрящ + фасция);сравнить послеоперационные аудиологические данные;

сравнить полученные данные с литературными данными зарубежных коллег

### **Материалы и методы**

112 пациента с кондуктивной потерей слуха, которые были оперированы в период с мая 2013 по мая 2014 годы. Возрастная группа с 21 по 60 лет. Потеря слуха составила 5-25 дб. у 20%, 25-40 у 36%, больше 40 дб. у 44 % . Все пациенты прошли отомикроскопию аудиометрическое, рентгенологическое исследование. Пациенты были разделены на две группы: Группа 1- тимпанопластика с использованием височной фасции (кол-во -56), группа 2 тимпанопластика с использованием композитного материала-хрящ плюс височная фасция (66). Операции были произведены под местной и общей анестезией. После дезэпидермизации, производилась ревизия барабанной полости, укладывался лоскут. Пациента были обследованы через 6-12 месяцев после операции.

Литературный обзор проводился во всемирной научной базе Pubmed, к рассмотрению были взяты 3 исследования, поисковые слова включали «tympanoplasty 1 type», «cartilage tympanoplasty», «fasciagraft»

### **Результаты**

Через год после операции у 82 % (46) пациентов в контрольной группе была полная приживаемость лоскута; у 7 %(4) была реперфорация; у одного пациента ретракционный карман. В основной группе у 98,5 % полная приживаемость лоскута. У одного пациента реперфорация.

Аудиологическое исследование показало, что в контрольной группе снижение слуха до 10 дб. было у 82 %, больше 10 дб. у 18%, в основной группе у 78 % - до 10 дб.; у 22% - больше чем 10 дб.

В исследованиях, произведенных Mukherjee в 2007, у 68 % (17) пациентов, у которых использовалась только фасция, был получен положительный результат, у 32% (8) отрицательный, у 84%(21) с использованием композитного лоскута положительный результат, 16%(4)- с использованием хряща и фасции-отрицательный результат.

Результаты [KulakBurunBogazIhtisDerg](#): в 96% случаях композитный хрящ прижился, в группе с фасцией приживаемость составила 85 %, аудиологические показания были одинаковые среди групп.

Результаты исследования [OnalK<sup>1</sup>](#), [ArslanogluS](#), [OncelS](#), [SonguM](#), [KoparA](#), [DemirayU.](#), произведенных в 2011: приживаемость фасциального лоскута у 89,6%, композитного лоскута у 93,2 %. В течение года после операции присутствовала разница между группами в аудиологическом исследовании, однако через два года разницы уже не существовало.

### **Заключение**

Учитывая проведенный ретроспективный анализ, можно сказать, что композитный лоскут показывает наибольший процент приживаемости, в сравнении с фасциальным лоскутом, разница в аудиологическом исследовании не существенна.

---

**Жунусов Е.Т., Ботаев Р.С., Султангереев А.Б., Тезекбаев К.М., Естемесов Н.Т., Сулейменов Н.Т.**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астана

## **ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

### **Введение**

Актуальными вопросами в современной травматологии является лечение больных пожилого и старческого возраста с внесуставными переломами проксимального отдела бедренной кости. Данные переломы случаются, в основном, на фоне остеопороза при падении с высоты собственного роста. Они приводят к вынужденной гиподинамии, быстрой декомпенсации уже имеющихся соматических заболеваний и очень высокой вероятности развития летального исхода.

### **Цель исследования**

Улучшить результаты оперативного лечения больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

### **Материалы и методы исследования**

В отделении политравмы с 2009 по 2012 гг. находились на лечении 63 пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, из них мужчин было 27, женщин – 36. Возраст больных составил от 61 до 87 лет.

Все пациенты имели сопутствующую соматическую патологию. Последствия перенесенного ОНМК – у 5 пациентов, ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз – у 47, нарушение ритма и проводимости – у 12, хронический пиелонефрит – у 30, хронический холецистопанкреатит – у 15, хронический бронхит – у 23, сахарный диабет – у 8.

Диагностика основывалась на данных анамнеза, осмотра и стандартной рентгенографии. Для определения хирургической тактики применена классификация переломов проксимального отдела бедра AO/ASIF (1996).

Перелом типа 31A1 имелся у 7 пациентов, 31A2 – у 18, 31A3 – у 8; перелом типа 31B1 имелся у 4 пациентов, 31B2 – у 3, 31B3 – у 3.

Перелом проксимального отдела бедра у пациента пожилого и старческого возраста являлся показанием к хирургическому лечению. Операция выполнялась оптимально в течении 3 суток с момента поступления пациента в стационар. При этом количество предоперационных дней зависело от соматического состояния пациента и необходимости использования этого периода для коррекции сопутствующей патологии, если это представляется возможным. Состояние пациентов оценено согласно критериям Американской Анестезиологической Ассоциации 29 пациентов оперированы на 1 сутки, 16-на 2 сутки, 14-на 3 сутки, 4 - на 4 сутки.

Учитывая, что профилактика осложнений и активизация данной группы пациентов без восстановления двигательной активности и купирования болевого синдрома невозможны, проведена ограниченная во времени предоперационная подготовка от нескольких часов до нескольких суток. На время предоперационной подготовки с целью уменьшения болевого синдрома с дисциплинирующей целью временно накладывалось скелетное вытяжение небольшими грузами, особенно при латеральных внекапсульных переломах. Скелетное вытяжение при переломах типа B1 не проводилось.

Остеосинтез конструкцией DHS произведена у 4 пациентов. Остеосинтез конструкцией PFN- у 13 пациентов. Остеосинтез системой «Гамма» – у 20. Остеосинтез универсальным бедренным стержнем UFN – у 18. Тотальное эндопротезирование – у 8.

### **Результаты и их обсуждение**

При переломе типа 31A предпочтительным явился остеосинтез проксимальным бедренным гвоздём PFN и гвоздем Гамма, обладающие, по сравнению с другими технологиями, меньшей инвазивностью и длительностью операции, а так же возможность ранней нагрузки на оперированную конечность. В то же самое время, следует отметить, что при переломах 31A1, 31A2, 31A3 сопровождающиеся остеопорозом, С достаточной степенью механической эффективности использовался универсальный бедренный гвоздь. Для переломов типа 31B1 и 31B2 вне зависимости от возраста пациента, предпочтительным явился остеосинтез гвоздем Гамма и DHS конструкцией.

У соматически активных пациентов с переломами типа 31B3 и хорошим качеством кости выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. У всех оперируемых пациентов проводилась антибиотикопрофилактика. В случаях эндопротезирования профилактика проводилась в течение 3-х суток. У всех пациентов пожилого и старческого возраста с переломами проксимального бедра проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений.

Применение эластического бинтования конечностей до, во время и после операции.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 1 года до 5,5 лет. Летальность после первого года получения травмы и проведенного оперативного вмешательства не отмечалось, что косвенно явилось эффективной оценкой проведенного лечения.

Отличные результаты лечения получены в 18% случаев, хорошие результаты - в 64% случаев, удовлетворительные результаты – в 16% случаев, неудовлетворительные результаты – в 2% случаев.

Таким образом, хирургическое лечение переломов проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста в максимально короткие сроки является «золотым стандартом» в странах с развитой экономикой и здравоохранением. Это не только сокращает сроки реабилитации пациента, но и существенно снижает суммарные затраты на лечение и позволяет получить положительные результаты лечения в 98% случаев.

---

**Мухамадиева Г.А, Маханова М. М ., Саудабаева З.Д.**  
АО «Медицинский университет Астана», Астана

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТИТАНОВЫХ ПРОТЕЗОВ**

### **Актуальность темы исследования**

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – распространенная патология среднего уха. Проблема хирургического лечения является одной из ведущих в оториноларингологии. Это связано с тем, что данное заболевание является причиной снижения и потери слуха, появления вестибулярных нарушений, причиной тяжелых внутричерепных осложнений, приводящих к инвалидизации и угрожающих жизни больного.

Новые концепции функционального и щадящего лечения, а также техническое оснащение - увеличительная оптика, микрохирургический инструментарий, хирургические боры, новые лекарственные средства избирательного действия, протезы, заменяющие слуховые косточки - позволяют во многом изменить подход к оперативному лечению данного заболевания.

### **Цель исследования**

Сравнить эффективность слухулучшающих операций с применением костных и хрящевых аутоотрансплантатов и титановых слуховых (тотальных и парциальных) протезов Kurz в условиях центра оториноларингологии на базе ГБ № 1.

### **Материалы и методы**

Материалом настоящего исследования послужили данные о 774 больных, которым были произведены слухоулучшающие операции на среднем ухе по поводу хронического гнойного среднего отита в центре оториноларингологии на базе ГБ №1 г. Астана за период с 1 января 2013 года по 31 декабря 2014 года. В соответствии с целью и задачами исследования были определены 3 группы пациентов в зависимости от метода протезирования слуховых косточек. Первую группу составили 281 больных (36,3%), которым была произведена тимпаноластика по III типу по МиркоТос с использованием костного аутоотрансплантата. Вторую группу составили 70 (9%) больных, которым была произведена тимпаноластика по III типу по МиркоТос с использованием титанового протеза Kurz. Третья 423 (54,7%) больных перенесших тимпаноластику по III типу Вульштейну с использованием хрящевого трансплантата с укладкой на сохранившееся стремечко.

Специальное отологическое обследование включало в себя следующие этапы: отоскопия, микроотоскопия при помощи операционного микроскопа фирмы "Ornipico" зондирование барабанной полости, аттика, адитуса, задней стенки слухового прохода. Также проводилось рентгенологическое исследование в проекциях Шуллеру, компьютерная томография височных костей. Исследование функции слухового анализатора проводилось аудиометрически в звукоизолированной камере, а также на каждого пациента составлялся слуховой паспорт.

### **Результаты**

В раннем послеоперационном периоде на тональной аудиометрии повышение порогов звуковосприятия у разных групп представлено следующим образом: первая группа с использованием костного аутоотрансплантата при среднем костно-воздушном разрыве в 56 дБ повышение порогов звуковосприятия составило в среднем 34 дБ.

При использовании титанового слухового протеза (тотальных и парциальных протезов) Kurtz при среднем костно-воздушном разрыве в 53 дБ повышение порогов звуковосприятия составило в среднем 50дБ.

А при применении хрящевого аутоотрансплантата при среднем костно-воздушном разрыве в 49 дБ повышение порогов звуковосприятия составило в среднем 31 дБ.

### **Заключение**

Таким образом, в результате проведенных нами исследований доказано, что эффективность слухоулучшения зависит в большей степени от применяемого материала. Нами доказано, что наилучшие результаты в функциональном плане достигаются у пациентов с применением титановых слуховых (тотальных и парциальных протезов) Kurz. Однако морфологические данные свидетельствуют о лучшей приживляемости и хорошей архитектоники цепи слуховых косточек при использовании костных аутооттрансплантантов, а также отсутствие таких осложнений как протрузия овального окна.

---

**Беликова Е.Ю., Хасенова А.А., Есенгельдиева А.Е. , Волкова Т.А.**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г.Астаны

### **ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГАБАГАММА ПРИ БОЛЕВОЙ ФОРМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ**

Диабетическая полинейропатия является самым частым осложнением сахарного диабета 2 типа (СД). Частота ее выявления у больных СД колеблется от 24% до 50%, поскольку зависит от применяемых методов исследования, но четко коррелирует с длительностью заболевания, неуклонно возрастая по мере его прогрессирования. Диабетическая полинейропатия сопровождается выраженным и многообразным болевым синдромом (боль может быть любой локализации и любого характера), снижением чувствительности кожи конечностей по полиневротическому типу, периферическими парезами, нарушением вегетативно-трофических функции. Наиболее грозным осложнением диабетической полинейропатии является синдром диабетической стопы, который развивается у 30-90% пациентов с СД. Жалобы на жгучую боль в области стоп, судороги, снижение кожной чувствительности должны восприниматься врачом как сигналы неадекватности лечения СД или прогрессирования патологического процесса. В то же время своевременно назначенное лечение может предупредить развитие нейропатии и ампутацию конечности.

Лечение таких пациентов – общая задача неврологов, эндокринологов, терапевтов, врачей общей практики. Основным приоритетом в профилактике и лечении диабетической полинейропатии должен стать строгий контроль гликемии у пациентов с СД, поскольку именно уровень глюкозы в крови и тканях определяет прогноз и вероятность развития всех диабетических осложнений.

В настоящее время имеются эффективные средства для симптоматического лечения диабетической нейропатии. С этой целью не так давно начали применять препарат габагамма производства компании WoerwagPharma (Германия) – это габапентин из группы антиконвульсантов для пациентов, страдающих диабетической нейропатией с выраженным болевым синдромом. Это средство является антиконвульсантом второго поколения, циклическим структурным аналогом  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК), который хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер. Габагамма обладает благоприятным профилем переносимости и широким диапазоном терапевтических дозировок: от 300 до 3600 мг\сут, что позволяет индивидуализировать лечение.

В условиях отделения эндокринологии ГКП на ПХВ «Городской больницы №1» г. Астана в 2014 гг. и в 1 полугодии 2015 г. проводилось лечение препаратом габапентин (Габагамма, WoerwagPharma, Германия) 128 больных в возрасте от 39 до 75 лет, женщин 78 (61%), мужчин- 50 (39%). В нашем исследовании препарат Габагамма назначался пациентам с различным стажем СД 2 типа (4-21 лет) и длительностью периферической формы диабетической нейропатии от года до 21 лет. Рекомендуемая схема назначения Габагамма выглядит следующим образом: в первый день 1 капсула (300 мг) вечером; во второй день – 600 мг в два приема (утром и вечером), с третьего дня трехкратный прием с постепенным наращиванием дозы в последующие дни до получения терапевтического эффекта при хорошей переносимости. У всех обследованных проводились общеклинические исследования с оценкой показателей углеводного и липидного обменов, неврологическое обследование (с определением болевой, температурной, тактильной, вибрационной, дискриминационной чувствительности), оценка сухожильных рефлексов, ЭМГ.

По степени тяжести диабетическая периферическая полинейропатия определялась по диагностической шкале Nuropathic Impairment Score of lower Limbs, позволяющей оценить выраженность субъективных и объективных проявлений поражений нервной системы, в то же время контролировать течение болезни и эффективность лечения. В зависимости от выраженности симптомов выделяют субклиническую, клиническую и тяжелую стадии.

Согласно этой шкале, у 47 выявлена 1 стадия, у 67 больных диагностирована 2 стадия клинических проявлений, у 14 больных - 3 стадия осложнения. Пациенты, получали препарат Габагамма в дозе 300- 1200 мг в течении 90 дней, в зависимости от выраженности болевого синдрома (таблица ).

Таблица 1- Динамика клинических симптомов диабетической нейропатии в процессе лечения.



Клиническая симптоматика	Исходное количество больных	Оценка эффективности
Жалобы	128	91 больных – 71,1%
- Боли в ногах		
- Судороги в икроножных мышцах	72	64 больных – 50%
- Онемение	95	57 больных – 44,5%
- Зябкость	87	49 больных – 38,3%
- Жжение	47	28 больных – 21,9%
Чувствительность	89	75 больных – 58,6%
- Болевая		
- Температурная	79	49 больных – 38,3%
- Тактильная	44	21 больных – 16,2%
- Вибрационная	37	37 больных – 28,9%

Во всех случаях отмечена положительная динамика состояния больных при хорошей переносимости препарата. Значительно редуцировались проявления нейропатии, в том числе болевой синдром, нормализовался сон. Слабо выраженные побочные эффекты в виде сонливости и головокружения (у двоих пациентов) не препятствовали дальнейшему применению препарата.

#### **Заключение**

В настоящее время в лечении большинства форм нейропатического болевого синдрома при сахарном диабете применение препарата Габагамма (производства компании WoerwagPharma, Германия), представленного в форме капсул, содержащих 300 или 400 мг, оправдано. Его преимущества: практически полное отсутствие противопоказаний, быстрое наступление эффекта (через неделю), благоприятное влияние на качество жизни, минимальный риск побочных эффектов.

Для терапии нейропатической боли необходимы максимально ранняя дифференциальная диагностика этиологии и характера болевого синдрома, а также своевременное начало этиотропной и симптоматической терапии.

---

**Абежанова Г.С., Куспанов М.А., Донбай А.А., Абдуалиев С.А., Балжанов Ж.М., Есеев А.Ж., Абдуллаев Б.Ю.**

ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» акимата г. Астаны

## **ОПЫТ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1» АКИМАТА Г. АСТАНЫ**

Пересадка органов явилась одним из наиболее выдающихся достижений науки XX века. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире выполняется 100 тыс. трансплантаций органов и более 200 тыс. - тканей и клеток человека. По расчетным данным международной Ассоциации трансплантологов, в индустриально-развитой стране с 10-миллионным населением ежегодно нуждаются в пересадке почки более 600 больных, пересадке печени – более 400, пересадке сердца – более 500, а общая расчетная потребность в трансплантации органов составляет более 2-х тыс. операций ежегодно. Республике Казахстан 17 млн. населением, в данный момент по официальной статистике нуждающихся в трансплантации печени - 554 человек, поджелудочной железы - 37, почек - 1807, сердца - 200, легких - 3. За последние 3 года количество клиник, занимающихся трансплантацией органов в Казахстане, выросло до 10. В стране организован Республиканский координационный центр трансплантации с 14 филиалами в областных центрах, в г. Астана и Алматы, осуществляющий работу в ургентном режиме.

С 2013 года по 2014 года в РК произведено 52 пересадки печени, 324 почек и 9 сердца.

В марте 2013 года на базе ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» г. Астаны произведена первая родственная трансплантация печени. С марта 2013 года по май 2015 года на базе «Городская больница №1» выполнено 13 пересадок печени и 4 пересадки почки совместно с сотрудниками Сеульского Национального Университета. Донорами являлись близкие родственники.

Реципиенты разделены на 2 группы по возрастным категориям и половым признакам: до 50 лет - 7 человек, свыше 50 лет - 6 человек. Мужчин было 6 человек, женщин - 7.

По этиологии развития цирроза печени пациенты разделены на 3 группы:

1. Первичный билиарный цирроз печени- 4 пациента.
2. Цирроз печени в исходе вирусного гепатита «В+Д» - 6 человек.

3. Цирроз в исходе вирусного гепатита «С», с переходом НСС - 3 пациента.

У всех реципиентов с циррозом печени имелась портальная гипертензия с варикозным расширением вен пищевода 2-3 степени по Паджету, с неоднократными эпизодами кровотечения. В 4 случаях до трансплантации проводилось эндоскопическое лигирование ВРВП и 2 случаях - эндоскопическая склеротерапия тромбоваром, этоксисклеролом. 3 реципиентам до операции проводилось трансплантация фетальных гепатоцитов.

Послеоперационная летальность составила 15,3% (2 пациента) из общего количества. Смертность в обоих случаях связано исходной коагулопатией, с дальнейшим прогрессированием ДВС-синдрома в интра- и послеоперационном периоде. Средняя продолжительность пребывания реципиента в стационаре - 40,2 дня.

Среди доноров осложнений после операции не наблюдалось. Средняя продолжительность послеоперационного лечения в стационаре составила 8,9 суток.

В соответствии с изменениями, внесенных и утвержденных в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» РК от 6.04.2015г., продолжается работа по подготовке нормативно-правовых актов об утверждении «Правил прижизненного добровольного пожертвования тканей (частей тканей) и (или) органов (частей органов) после смерти в целях трансплантации. В республике проводится активная работа по внедрению и освоению мультиорганных заборов и трупной трансплантации органов.

---

**Жусупов Б.З., Тулебаев Р.К., Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К., Байменов А.Ж.**

АО «Медицинский университет Астана», Астана

### **УДАЛЕНИЕ МИЦЕТОМ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**

Современный взгляд на лечение экзофитных форм роста колоний плесневых грибов однозначно сводится к хирургическому принципу, заключающемуся в радикальном удалении грибкового тела и тщательной санации пораженной полости. При больших размерах мицетомы, с учетом ее склонности к обсеменению, показаны наружные доступы, позволяющие удалить мицетому через переднюю стенку гайморовой пазухи с соблюдением принципов профилактики диссеминации возбудителей грибковой инфекции. Одним из недостатков традиционных методов оперативного лечения мицетом

является применение при удалении грибкового тела традиционной ложечкообразной кюретки с малым объемом рабочей полости инструмента (20-30% полости сферы), что приводит к необходимости неоднократных манипуляций и значительно увеличивает риск обсемененности и распространения грибкового поражения.

### **Цель**

Разработка новой модели инструмента – модифицированной кюретки с рабочей полостью 60% сферы. Для уменьшения количества выполняемых манипуляций, а также облегчения отграничения здоровых тканей от удаляемой мицетомы для профилактики распространения грибковой инфекции.

### **Материал и методы**

Всего в ЛОР - отделении первой городской больницы в период с 2004 г. по 2014 г. наблюдались 65 больных с мицетомы гайморовых пазух, из них мицетомы гайморовых пазух в сочетании с грибковым поражением клеток решетчатого лабиринта у 20 больных (30,7±5,7%). У 4-х больных мицетомы гайморовых пазух сочетались с поражением лобной пазухи (6,1±2,9 %). Для проведения сравнительного анализа эффективности предложенных инновационных методов лечения, больные с мицетомы гайморовых пазух, клеток решетчатого лабиринта, лобных синусов были разделены на основную (n=42) и контрольную (n=23) группы. Лечение больных основной группы отличалось тем, что для удаления грибковых тел и отложений мицетомы использовался модифицированный инструмент – сферическая кюретка, модель которой отличается от аналогов возможностью применения съемных насадок – сфер для наибольшей адаптации к размерам очага объемного образования.

### **Результаты и обсуждение**

За счет сокращения вероятности диссеминации грибковой инфекции нам удалось снизить частоту формирования самого частого осложнения данного оперативного вмешательства – формирования свища в лунку моляров и премоляров верхней челюсти - с 21,7±8,6% до 2,4±2,3%, то есть в 9,0 раза (p<0,05). Кроме того, за счет существенного облегчения выполнения операции статистически достоверно сократился объем кровопотери – с 91,2±2,3 мл до 61,0±1,9 мл, то есть в 1,5 раза (p<0,001). Использование данного инструмента позволило избежать таких вероятных осложнений, как перфорации клеток решетчатого лабиринта, нижней стенки орбиты и медиальной глазничной стенки, а также перфораций в основную пазуху. Кроме того, использование модифицированной кюретки позволило нам сократить продолжительность операции в 1,3 раза (p<0,001), потребность в анальгетиках – в 1,97 раза (p<0,001), и количество заменяемых пращевидных повязок – в 2,4 раза (p<0,001). Если

активацию пациента при использовании традиционных кюреток осуществляли через 24 часа после операции ( $p < 0,001$ ), то при использовании модифицированной кюретки можно было активизировать больного уже через  $6,2 \pm 0,1$  часа после операции ( $p < 0,001$ ). Сокращалась продолжительность послеоперационной головной боли, и быстрее восстанавливалось носовое дыхание.

### **Заключение**

Выявление мицетомы верхнечелюстной пазухи при компьютерной томографии или ЯМРТ, либо ее случайное обнаружение в качестве интраоперационной находки в ходе функциональной эндоскопической ринохирургии, при диаметре образования более 10 мм диктует необходимость перехода на оперативное удаление мицетомы открытым доступом с использованием сферической кюретки для профилактики распространения спор грибов и последующих осложнений.

---

**Рахимов Б.Е.<sup>1</sup>, Землянский В.В.<sup>2</sup>, Айтжанов Е.Б.<sup>1</sup>, Елюбаев Н.К.<sup>1</sup>, Карабаев Н.А.<sup>1</sup>, Кенжин А.Т.<sup>1</sup>, Қуандықұлы Қ.<sup>1</sup>, Ли А.Г.<sup>1</sup>**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны<sup>1</sup>.

АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Астана<sup>2</sup>

## **ИМПЛАНТАЦИЯ СТЕНТ-ГРАФТА, КАК МАЛОИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ АБДОМИНАЛЬНОЙ АОРТЫ: НАШ ОПЫТ**

### **Цель**

Оценка результатов лечения аневризм абдоминального отдела аорты (ААА) посредством имплантации стент-графтов.

### **Материалы и методы**

С января 2012 г. по март 2015 г. обследованы 18 пациентов: 17 мужчин и одна женщина в возрасте от 54 до 74 лет (средний возраст  $65,5 \pm 1,2$  лет) с диагнозом ААА, госпитализированных в отделение сосудистой хирургии ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны. Эндопротезирование ААА с помощью стент-графта выполнено у 4 (22,2%) пациентов. Из общего количества исследуемых лиц 3 пациента были пожилого и старческого возраста ( $68,2 \pm 14,7$  лет), при этом, у подавляющего большинства больных имелось более трех различных сопутствующих заболеваний ( $p < 0,02$ ). В одном случае верифицирован случившийся разрыв аневризмы, с образованием массивной парааортальной гематомы и ложной аневризмы аорты, по ее

правому контуру. Все пациенты имели ААА с наружным диаметром от 48 до 63 мм. В полости аневризм имелись организованные пристеночные тромботические массы, отчетливо визуализируемые при ЦДС. Во всех случаях, в соответствии с протоколом обследования данной категории больных, с целью определения возможности выполнения эндоваскулярного протезирования выполняли мультиспиральную компьютерную томографическую аортографию (МСКТА).

Эндопротезирование осуществляли в рентгенооперационной под интубационным наркозом. Для имплантации использовали стент-графты Endurand II (MedtronicCorp., США).

Этапы установки стент-графта:

хирургическое выделение бедренных артерий с двух сторон, наложение турникетов;

катетеризация артерий, диагностическая аортография;

артериотомия, проведение, позиционирование и раскрытие ипсилатерального основного и контрлатерального модулей эндопротеза;

«усадка» частей эндопротеза баллонным катетером;

контрольная аортография;

швы на артерии, послойные швы на раны.

В одном случае, во избежание появления феномена подтекания крови в полость аневризмы («эндолики» 2б типа), имплантации стент-графта предшествовала эмболизация обеих внутренних подвздошных артерий.

Контрольную МСКТА выполняли через 7 дней, 6, 12, 24 мес. после эндоваскулярного протезирования.

### **Результаты**

Имплантация была технически успешна во всех наблюдениях. Во всех случаях выполнено бифуркационное протезирование. Среднее время оперативного вмешательства составило  $112,5 \pm 24,3$  мин. Среднее время госпитализации -  $10,7 \pm 5,25$  койко-дней. К настоящему времени живы все 4 пациента. По данным контрольных МСКТА ни в одном случае не выявили контрастирования полости аневризмы, признаков «подтекания» нет, увеличение аневризм в размерах не отмечено.

### **Заключение**

Применение модульных стент-графтов расширяет возможности оказания хирургической помощи при ААА, особенно у геронтологических пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. При этом значительно снижается риск развития системных осложнений в пери- и раннем послеоперационном периодах, что приводит к сокращению сроков пребывания больных в стационаре.

**Утегенов Б.А., Алмаханов А.Н.**

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе

## **МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖОГОВЫХ ВЯЛОЗАЖИВАЮЩИХ РАН ФИТОПРЕПАРАТОМ «СОЛОДКИ МАСЛО»**

### **Актуальность**

Местная консервативная терапия ожоговых ран, в том числе послеожоговых вялозаживающих ран, является важной составляющей комплексного лечения ожоговых больных. Консервативный метод применяется при всех видов ожогов и служит неотъемлемой частью программы на всех этапах операционного ухода за раной.

### **Цель**

Изучение влияния фитопрепарата «Солодки масло» на течение раневого процесса.

### **Материалы и методы**

Основную группу исследования составили 15 больных: женщин 6(40%), мужчин 9 (60%) в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст - 40,53лет) с вялозаживающими послеожоговыми ранами общей площади от 1 до 9% поверхности тела (в среднем, 3,83%). Группу сравнения составили 14 обожжённых с аналогичной тяжестью травмы, среди которых 13 (92,8%) мужчин и 1 (7,2%) женщина, в возрасте от 22 до 63 лет, (средний возраст 38,57 лет).

Исследуемая и контрольная группы разделены на 2 подгруппы в зависимости от площади ожоговой раны. После туалета ран антисептическими растворами, на раневую поверхность укладывали пропитанную препаратом «Солодки масло» стерильные марлевые салфетки. У больных контрольной группы перевязки ожоговых ран производили с использованием марлевых повязок с мазью «Дермазин» и «Левомеколь». Для динамического наблюдения за течением раневого процесса отмечали сроки очищения раны, образования грануляционной ткани на ране и сроки наступления эпителизации. Перед началом лечения и на этапных перевязках оценивалась клиническая картина, проводилось взятие материала для микробиологического исследования.

### **Результаты и обсуждение**

Длительность лечения больных основной группы с использованием масла солодки составило от 19 до 37 дней, в группе сравнения составило от 20-42 суток в зависимости от площади раневого

дефекта. У больных основной группы полное очищение ран происходило на 5-11 сутки, формирование грануляционной ткани произошло на 11-23 сутки, а на 19-37 сутки завершалась эпителизация ран. Очищение ран в контрольной группе происходила на 5-12 сутки, образование грануляции на 11-25 сутки, эпителизация наступала на 20-42 сутки.

Установлено, что в тех случаях, когда применялся масляной экстракт, раны заживали на 3-5 дней быстрее по сравнению с больными контрольной группы, процесс регенерации ускорялся еще на 1-2 дня по сравнению с контрольной группой.

До начала лечения микрофлора ожоговых ран у больных основных и сравниваемых групп была сопоставима по составу. Основным штаммом микроорганизмов был *Staphylococcus aureus*, реже *Staphylococcus epidermidis*, также *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacteriaceae*.

На период применения «Солодки масло» и «Левомеколь» отмечено незначительное уменьшение количественных показателей микрофлоры. При этом степень микробной обсеменённости ожоговых ран составила в основной группе КОЕ/см<sup>2</sup>=3,5±0,5, в контрольной группе КОЕ/см<sup>2</sup>= 2,5±0,6. В ходе исследования микробный пейзаж в обеих группах не имел существенных различий и применение «Солодки масло» незначительно повлияло на изменение микробной флоры в ожоговых ранах.

Из проведённого клинического исследования отмечено эффективность фитопрепарата «Солодки масло» на заживления ожоговой раны. При лечении фитопрепаратом «Солодки масло» наблюдалось стимулирующее действие на процессы регенерации.

### **Заключение**

Таким образом, ежедневное местное применение фитопрепарата «Солодки масло» для изучения его действия на заживление послеожоговых вялозаживающих ран у больных показало, что они эффективно стимулируют и ускоряют регенерацию ран. Разработанный способ местного лечения ожоговых ран фитопрепаратом «Солодки масло» показал эффективность при лечении больных с вялозаживающими послеожоговыми ранами различной локализации на всех стадиях раневого процесса.

---



**Беликова Е.Ю.**

ГККП на ПХВ « Городская больница № 1» акимата г. Астаны

## **СЛУЧАЙ ДИДМОАД СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

ДИДМОАД синдром – редкий генетически детерминированный синдром, включающий в себя сахарный диабет, атрофию диска зрительного нерва, несахарный диабет, нейросенсорную тугоухость, характеризующийся поражением преимущественно эндокринной и нервной системы, лор патологии, урологической сферы. Данный синдром наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Развитие синдрома определяется мутацией ядерного гена WFRS, локализованного на коротком плече 4 хромосомы в положении 16, в основе лежит дисфункция дыхательной цепи митохондрий I, III, IV, I+IV+V, изучено увеличение частоты антигенов и тенденцию к увеличению частоты DR3 и DR7 по сравнению со здоровыми людьми.

Под нашим наблюдением находилась больная И., 1982 г.р., которая имела полную форму синдрома Вольфрама. Манифестация ДИДМОАД синдрома была классической, в возрасте 8 лет (1991 г.) выявлен сахарный диабет, получала инсулины (инсуман рапид, инсуман базаль) 0,5-0,7 ед/кг, диету не соблюдала, гликемию не контролировала. Течение диабета у больной было стабильным с отсутствием кетоацидоза, низкой потребностью в инсулине, лабораторно с гиперхолестеринемией 5,94 ммоль/л, что не укладывается в клинику аутоиммунного сахарного диабета 1 типа и свидетельствует о наличии инсулинорезистентности. В 13 лет (1995 г.) по поводу снижения остроты зрения осмотрена окулистом, впервые выявляется атрофия диска зрительного нерва, заднекапсулярная катаракта, без признаков ретинопатии, в дальнейшем прогрессировали с развитием амавроза. В 16 лет (1998 г.) при проведении аудиограммы обнаруживается нейросенсорная тугоухость 2 ст, кохлеарный неврит. В 16 лет (1998 г.) установлен несахарный диабет, однако изогипостенурия была уже в 1994 г.; получала адиуретин. Затем присоединился первичный гипотиреоз на фоне аутоиммунного тиреоидита, принимала Л-Тироксин 50мкг.

С раннего детства пациентка отставала в психическом развитии. При неврологическом осмотре выявлено: энцефалопатия 3ст, нистагм, атаксия, деменция, гиперкенизы.

ДИДМОАД синдром у больной сочетался с врожденными пороками других органов и систем. В 2 года (1983 г.) выявлены врожденный порок сердца - дефект межпредсердной перегородки и врожденная гипоплазия легких (в анамнезе частые пневмонии). У

пациентки имелись пороки мочеполового тракта, задержка полового развития (инфантилизм, гипогонадизм). В 9 лет (1993 г.) появилось затрудненное мочеиспускание, при обследовании выявлены аномальный башенный мочевой пузырь, атония мочевого пузыря, гидронефроз. В 2002 г. в связи с острой задержкой мочи была установлена эпицистостома. В 16 лет (1998 г.) прогрессирование гидронефроза на фоне частых обострений хронического пиелонефрита, развитие хронической почечной недостаточности.

В данном случае описан пример наследственного заболевания, в котором сахарный диабет является компонентом сложного синдрома.

---

**Салехов С.А.<sup>1</sup>, Донбай А.А.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>ИМО Нов. ГУ им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, РФ

<sup>2</sup>ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» акимата г. Астана РК

## **ПРОФИЛАКТИКА ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ТРАНСПОРТАЛЬНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ И ТОКСИНОВ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ**

При перитоните во время операции, разрушаются естественные защитные барьеры, после чего микрофлора и токсины начинают поступать из брюшной полости в регионарные лимфатические коллекторы, а затем в лимфу грудного протока и кровеносное русло. При этом, на фоне пареза кишечника отмечается гиперколонизация пищеварительного тракта и ее роль, как фактора интраоперационного распространения инфекции не изучена и требует уточнения.

### **Цель**

В эксперименте изучить вероятность интраоперационного распространения микрофлоры и токсинов из просвета кишечника по портальной системе.

### **Материалы и методы**

Была изучена бактериальная обсемененность просвета подвздошной и толстой кишки, а также крови из воротной вены во время операции по поводу экспериментального перитонита у 20 беспородных собак весом 12,5-19,7 кг. Оперативные вмешательства производили под интраплевральным тиопенталовым наркозом из расчета 25-30 мг тиопентала на 1 кг веса животного. Забор крови производили до моделирования перитонита, во время операции до и после ревизии кишечника. Посевы производили на среды эндо или эндо-висмут, специфичные для выращивания кишечной микрофлоры.

### **Результаты исследования**

Было установлено, что до моделирования перитонита рост микрофлоры в просвете подвздошной кишки соответствовал  $10^{8-9}$  КОМ (колонии образующая микрофлора), а в толстой кишке  $10^{10} - 10^{12}$  КОМ соответственно. Через 12 часов после моделирования перитонита бактериальное обсеменение подвздошной кишки возросло до  $10^{10} - 10^{11}$  КОМ, а толстой до  $10^{11} - 10^{13}$  КОМ. То есть на фоне развития перитонита отмечалось увеличение бактериального обсеменения просвета кишечника. При этом до моделирования перитонита и при заборе крови во время операции, на фоне перитонита до ревизии брюшной полости во всех случаях посева крови были стерильными стерильной. После ревизии брюшной полости, а самое главное кишечника отмечалось резкое увеличение бактериального обсеменения кишечной микрофлорой крови из воротной вены, которая составила  $10^4-10^6$  колоний образующей микрофлоры (КОМ). Параллельно проведенное исследование содержание молекул средней крови в воротной вене до моделирования перитонита, во время операции на фоне перитонита до ревизии кишечника и после ревизии показало, что именно после ревизии кишечника отмечалось выраженное увеличение их содержания в крови из воротной вены.

#### **Выводы**

1. На фоне угнетения перистальтики кишечника при экспериментальном перитоните отмечается гиперколонизация кишечника микрофлорой, что сопровождается параллельным увеличением содержания энтеротоксинов в просвете пищеварительного тракта;
  2. Во время ревизии кишечника при перитоните отмечается нарушение барьерных свойств кишечной стенки, что приводит к поступлению кишечной микрофлоры и токсинов из просвета кишечника по воротной вене в печень;
  3. Учитывая риск интраоперационного распространения кишечной микрофлоры и токсинов из просвета кишечника по воротной вене в печень при перитоните необходимо разработать и проводить мероприятия, направленные на их профилактику и коррекцию.
-

**Айтжанов Е.Б.<sup>1</sup>, Хайрли Г.З.<sup>2</sup>, Жиенбаев Е.Р.<sup>2</sup>, Бакыт Ж.К.<sup>2</sup>,  
Абдугалимов Ш.В.<sup>1</sup>, Гринь Е.А.<sup>1</sup>**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», акимата г. Астаны<sup>1</sup>

АО «Медицинский университет Астана», Астана<sup>2</sup>

## **ПРЕЦИЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ КРОВОТОКА ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ: ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ**

### **Цель исследования**

Клиническая оценка результатов микрохирургической коррекции кровотока в половом члене (ПЧ) при сексуальной дисфункции васкулогенного генеза.

### **Методы и результаты**

На ранней стадии изучения проблемы, с целью коррекции эректильной дисфункции (ЭД), сопутствующей пациентам с синдромом Лериша (СЛ), наше внимание уделялось различным вариантам реваскуляризации бассейна ВПА – 30 (55,6%) пациентов. В последующем, с внедрением в клиническую практику микрохирургических методов лечения, реконструкция аорто-подвздошно-бедренной зоны завершалась как одноэтапной, так и последовательной коррекцией ЭД, посредством применения различных видов пенильного шунтирования – 25 (44,4%) пациента. Продолжительность операций в обеих группах была сопоставимой по времени их выполнения, однако эффективность оказалась значительно выше при непосредственной реваскуляризации сосудов полового члена ( $p < 0,01$ ). При этом, лучшие результаты получены при использовании в качестве экспланта - шунта из аутологичного материала: нижней эпигастральной и лучевой артерии. Изолированные поражения срамных артерий - конечных ветвей ВПА, являющиеся причиной ЭД, в клинической практике встречаются крайне редко. Как правило, эти пациенты являются постоянными клиентами частных уроandroлогических центров, при этом, лечение в основном сводится к назначению средств, временно усиливающих пенильный кровоток. Вместе с тем, хирургическая коррекция кровотока в ПЧ при окклюзии ветвей ВПА, кровоснабжающих орган, в сочетании с ликвидацией сопутствующего патологического венозного дренажа, позволяет качественно решить проблему ЭД у данной категории больных. В качестве примера приводим собственное наблюдение.

Пациент Г., 1958 г.р. (медицинская карта стационарного больного № 2478), госпитализирован в плановом порядке в отделение уроandroлогии ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны с жалобами отсутствие спонтанной и адекватной эрекции, что затрудняет выполнение половой функции. Возникшую постепенно

проблему связывает с психо-эмоциональными перегрузками, переутомлением. Длительное время принимал различные стимулирующие средства (виагра, левитра и др.), с кратковременным эффектом. Отмечает постепенное угасание ответа на прием указанных средств. Наблюдается у уролога по поводу хронического простатита, консультирован неоднократно сексопатологом. В соответствие с принятым протоколом, больному проведено комплексное обследование. По результатам лабораторных тестов, а также ЦДС (с проведением пробы на интракавернозное введение вазопростана), рентгеноконтрастной кавернозографии и селективной тазовой ангиографии, верифицирована атеросклеротическая окклюзия aa. iliaca et pudenda interna с обеих сторон, патологический венозный дренаж полового члена. Учитывая бесперспективность консервативной терапии, 13.02.2013 г. пациенту была предложена и выполнена операция «Эпигастрико-пенильное шунтирование слева с одноэтапным устранением патологического венозного дренажа» (протокол операции № 72). При проведении хирургического вмешательства, с прецизионной целью использована бинокулярная лупа «Heine» (Германия) увеличение х6, микрохирургический инструментарий, шовный материал. В раннем послеоперационном периоде с целью профилактики тромбоза проводилась антикоагулянтная терапия, с последующим переводом пациента на дезагрегантные средства. После появления спонтанных и адекватных эрекций, позволяющих приступить к выполнению нормальной половой функции, дальнейшая медико-социальная (сексуальная) реабилитация проводилась под наблюдением сексопатолога и уроandroлога, амбулаторно. Обследован через 6-12 мес. Клинические результаты, данные контрольного ЦДС - свидетельствуют об эффективности хирургического лечения: шунт проходим, сексуальная жизнь нормализована.

### **Заключение**

Эффективное восстановление кровотока в срамных артериях у пациентов с ЭД, вызванной окклюзирующими поражениями ветвей бассейна ВПА в сочетании с устранением патологического венозного дренажа, улучшает результаты хирургического лечения и влияет на качество жизни как в непосредственном, так и в отдаленном послеоперационном периодах. Применение микрохирургической техники, с комплексным подходом к решению указанной проблемы, бесспорно, является залогом успеха в достижении благоприятных результатов у данной категории больных.

---

**Беликова Е.Ю., Павлова Н.П., Камитбекова Ж.У.**

ГККП на ПХВ «Городская больница № 1» акимата г. Астаны

## **АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ**

Анемия – одно из проявлений многих эндокринопатий, приводящих к нарушению функции органов и систем. Развитие анемии при гипотиреозе значительно ухудшает течение заболевания (появление остеопений, остеопороза и метаболических нарушений). Патогенез анемического синдрома при эндокринопатиях, в частности при гипотиреозе сложен и требует в ряде случаев тщательного обследования.

### **Цель**

Изучить частоту и особенности клинического течения, и ведения больных с анемией при гипотиреозе.

### **Материалы и методы**

Проанализированы 518 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГККП «Городская больница №1» в период за 2012-2014гг. Комплекс обследования включал общеклинические и лабораторно-функциональные исследования, изучение морфометрических показателей эритроцитов, обмен железа и уровень тиреоидных гормонов.

### **Результаты**

Выявлено 285 пациентов с анемическим синдромом при гипотиреозе, причем с первичной формой - 209(73%) больных, послеоперационной формой - 47(16,5%), гипотиреоз беременных - 14(4,9%), врожденный гипотиреоз 4(1,5%), подострый тиреоидит 2(0,7%), вторичный гипотиреоз 9(3,4%).

Из сопутствующих заболеваний у этой категории больных наблюдались менструальные кровопотери(33%), патология желудочно-кишечного тракта (59%), хроническая сердечная недостаточность (8%). Давность гипотиреоза колебалась от 3 до 17 лет. Женщин было 209 (73,3 %), мужчин 76(26,7%).

С анемией легкой степени выявлено у 251(88,1%) больных, анемией средней степени тяжести у 34 (11,9%) пациентов. У большинства (53%) из них наблюдалась нормохромная нормоцитарная анемия, гипохромная микроцитарная анемия выявлена у 37% больных, гиперхромная микроцитарная анемия у 10%.

Все больные с гипотиреозом получали L-тироксин в суточной дозе от 12,5 до 300 мкг (в среднем - 100мкг) и сорбифер-дурулес по 1 таблетке 1-2 раза в день в зависимости от степени тяжести анемического синдрома. После проведенного стационарного лечения

у всех пациентов была достигнута субкомпенсация патологического процесса.

### **Выводы**

1. При гипотиреозе анемия связана с недостаточной выработкой тиреоидных гормонов, а также длительными менструальными кровопотерями, снижением всасывания железа в желудочно-кишечном тракте и наличием хронической сердечной недостаточности.

2. Больные с анемическим синдромом при гипотиреозе нуждаются в индивидуально подобранной заместительной гормональной терапии и препаратах железа.

---

**Айтжанов Е.Б.<sup>1</sup>, Хайрли Г.З.<sup>2</sup>, Жиенбаев Е.Р.<sup>2</sup>, Бакыт Ж.К.<sup>2</sup>, Абдугалиев Ш.В.<sup>1</sup>, Гринь Е.А.<sup>1</sup>**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1», акимата г. Астаны<sup>1</sup>

АО «Медицинский университет Астана», Астана<sup>2</sup>

## **МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КРОВОТОКА ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ВАСКУЛОГЕННОГО ГЕНЕЗА: ИЛЛЮСТРАЦИЯ СЛУЧАЯ**

### **Цель исследования**

Клиническая оценка результатов микрохирургической коррекции кровотока в половом члене (ПЧ) при сексуальной дисфункции васкулогенного генеза.

### **Методы и результаты**

На ранней стадии изучения проблемы, с целью коррекции эректильной дисфункции (ЭД), сопутствующей пациентам с синдромом Лериша (СЛ), наше внимание уделялось различным вариантам реваскуляризации бассейна ВПА – 30 (55,6%) пациентов. В последующем, с внедрением в клиническую практику микрохирургических методов лечения, реконструкция аорто-подвздошно-бедренной зоны завершалась как одноэтапной, так и последовательной коррекцией ЭД, посредством применения различных видов пенильного шунтирования – 25 (44,4%) пациента. Продолжительность операций в обеих группах была сопоставимой по времени их выполнения, однако эффективность оказалась значительно выше при непосредственной реваскуляризации сосудов полового члена ( $p < 0,01$ ). При этом лучшие результаты получены при использовании в качестве экспланта - шунта из аутологичного материала: нижней эпигастральной и лучевой артерии. Изолированные поражения срамных артерий - конечных ветвей ВПА, являющиеся причиной ЭД, в

клинической практике встречаются крайне редко. Как правило, эти пациенты являются постоянными клиентами частных уроandroлогических центров, при этом, лечение в основном сводится к назначению средств, временно усиливающих пенильный кровоток. Вместе с тем, хирургическая коррекция кровотока в ПЧ при окклюзии ветвей ВПА, кровоснабжающих орган, в сочетании с ликвидацией сопутствующего патологического венозного дренажа, позволяет качественно решить проблему ЭД у данной категории больных. В качестве примера приводим собственное наблюдение.

Пациент Г., 1958 г.р. (медицинская карта стационарного больного № 2478), госпитализирован в плановом порядке в отделение уроandroлогии ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны с жалобами на отсутствие спонтанной и адекватной эрекции, что затрудняет выполнение половой функции. Возникшую постепенно проблему связывает с психо-эмоциональными перегрузками, переутомлением. Длительное время принимал различные стимулирующие средства (виагра, левитра и др.), с кратковременным эффектом. Отмечает постепенное угасание ответа на прием указанных средств. Наблюдается у уролога по поводу хронического простатита, неоднократно консультирован сексопатологом. В соответствии с принятым протоколом, больному проведено комплексное обследование. По результатам лабораторных тестов, а также ЦДС (с проведением пробы на интракавернозное введение вазапостана), рентгеноконтрастной кавернозографии и селективной тазовой ангиографии, верифицирована атеросклеротическая окклюзия aa. iliaca et pudenda interna с обеих сторон, патологический венозный дренаж полового члена. Учитывая бесперспективность консервативной терапии, 13.02.2013 г. пациенту была предложена и выполнена операция «Эпигастро-пенильное шунтирование слева с одноэтапным устранением патологического венозного дренажа» (протокол операции № 72). При проведении хирургического вмешательства, с прецизионной целью использована бинокулярная лупа «Heine» (Германия) увеличение х6, микрохирургический инструментарий, шовный материал. В раннем послеоперационном периоде с целью профилактики тромбоза проводилась антикоагулянтная терапия, с последующим переводом пациента на дезагрегантные средства. После появления спонтанных и адекватных эрекций, позволяющих приступить к выполнению нормальной половой функции, дальнейшая медико-социальная (сексуальная) реабилитация проводилась под наблюдением сексопатолога и уроandroлога, амбулаторно. Обследован через 6-12 мес. Клинические результаты, а также данные контрольного ЦДС свидетельствуют об эффективности хирургического лечения: шунт проходим, сексуальная жизнь нормализована.



### **Заключение**

Эффективное восстановление кровотока в срамных артериях у пациентов с ЭД, вызванного окклюзирующими поражениями ветвей бассейна ВПА, в сочетании с устранением патологического венозного дренажа, - улучшает результаты хирургического лечения и влияет на качество жизни как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периодах. Применение микрохирургической техники, с комплексным подходом к решению указанной проблемы, бесспорно, является залогом успеха в достижении благоприятных результатов у данной категории больных.

---

**Абежанова Г.С.**

ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» акимата г. Астаны

### **РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

Наиболее частой причиной стриктур желчных протоков является их травма во время холецистэктомии. Вероятность повреждения протоков выше при лапароскопической холецистэктомии, чем при открытой холецистэктомии.

Анализированы результаты лечения 27 больных, оперированных в отделении гепатобилиарной хирургии городской больницы № 1 г. Астана с 2006 по 2015гг, поступивших из разных стационаров страны с механической желтухой, желчным перитонитом, желчными свищами, стриктурой ранее наложенных билио- билиарных, билио- дигестивных анастомозов. Из них 6 (22%) больных, оперированы по поводу острого повреждения печеночных протоков. Остальные 21 пациент (78%) - по поводу стриктуры протоков.

Из числа больных со стриктурами протоков у 17 больных (63%) стриктура вызвана склерозирующим холангитом, кистой холедоха, опухолевым процессом; тогда как у 4(15%) имела место стриктура ранее сформированного билиодигестивного анастомоза.

В подавляющем большинстве случаев травма протоков происходит во время холецистэктомии (91%).

Комплекс диагностических процедур включал УЗИ, РХПГ (ретроградная холангиопанкреатография), МРТ и у части больных – ЧЧХГ (чрезкожную чреспеченочную холангиографию).

Основным видом хирургического лечения больных со стриктурами желчных протоков были различные варианты гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле тощей кишки.

Соблюдение условий радикального оперирования было тем сложнее, чем выше была стриктура.

Больные с рецидивами стриктуры были оперированы в объеме би-, тригепатикоеюноанастомоза по Ру.

Резекция печени (правосторонняя гемигепатэктомия) выполнена в одном случае рецидива стриктуры ранее наложенного гепатикоеюноанастомоза. Причем операция предпринята после ЧЧХГ с наружным дренированием печеночных протоков.

У части больных до 2010 года операция гепатикоеюноанастомоз выполнялась на съемном транспеченочном дренаже (СТД). Использование данной методики имеет определенные недостатки: дренажи инкрустируются солями желчных кислот, требуют замены, значительно снижают качество жизни и трудоспособность пациентов.

С появлением опыта реконструктивных операций на желчных путях, резекции печени и усовершенствованием техники выделения желчных протоков выше стриктур, применение монофиламентного шовного материала, использования бинокулярных луп резко ограничило показания к использованию каркасных дренажей.

Осложнения имели место в 21 % наблюдений. Несостоятельность БДА отмечена в 3(11%) случаях наблюдений, печеночная недостаточность - в 2(7%) случаях.

Критериями хорошей оценки отделенного результата мы считали отсутствие холангита, желтухи, кожного зуда, полное восстановление работоспособности больных, отсутствие билиарной гипертензии.

Умер один пациент в отдаленном периоде от печеночной недостаточности.

Таким образом, после первичных и повторных реконструктивных операций хорошие и удовлетворительные результаты были получены нами в 95%случаев.

Хирургическое лечение больных со стриктурами внепеченочных желчных протоков представляет исключительную сложность. В связи с этим оперативное лечение необходимо производить в специализированных стационарах. Основными видами хирургического лечения высоких стриктур должна быть реконструктивная операция в виде анастомоза между участком общего печеночного протока над стриктурой или печеночным протоком с выключенной по Ру петлей тонкой кишки длиной не менее 60-70см. При очень высоких стриктурах печеночных протоков необходимо рассечение воротной пластинки и резекция части 4 сегмента печени.

**Зейнуллина Т.У., Садвакасова Ж.З.**

ГКП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны

## **РОЛЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКИ ИССЛЕДОВАНИЙ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ»**

Кабинет доплерографии 1 городской больницы работает с 2012 года. На базе больницы проводятся комплексные исследования сосудистой системы. В нашей клинике ведется исследование urgentных больных, большинство случаев поступают больные с подозрением на тромбоз вен нижних конечностей, окклюзию артерий нижних конечностей. За период 2015 года 1 квартал проведено 1588 исследований, из них наибольший процент исследований вен нижних конечностей-31,8%, артерий брахиоцефальной зоны-28,8%, артерий нижних конечностей-16,4%, сосудов верхних конечностей-11,6%, сосудов почек-6,8%, брюшной аорты и ее ветвей-3,0%, остальные исследования (сосудов трансплантата, сосудов органов мошонки, плода). Проводятся исследования больных при поступлении в клинику, в динамике, выписке больного. Больная обратилась с жалобами на боли в правой нижней конечности, которые появились после физической нагрузки, появилась отечность, тяжесть в ноге. После доплерографического исследования вен нижней конечности, выявлен тромб в ОБВ справа, с признаками флотации (рисунок 1).



Рисунок 1 - Тромб в ОБВ справа, с признаками флотации

Больная госпитализирована в экстренном порядке в отделение сосудистой хирургии. При исследовании вен на предмет тромбозов: исследовано-132 случаев, из них 3,0% было выявлено с признаками флотации. При поступлении в клинику: больная проходила исследование УЗИ органов брюшной полости, при визуализации нижней полой вены в просвете лоцируется тяж. Для уточнения диагноза проводим доплерографию. При исследовании в

супраренальном отделе нижней полой вены лоцировался флотирующий тромб, исходящий из правой почечной вены (рисунок 2).

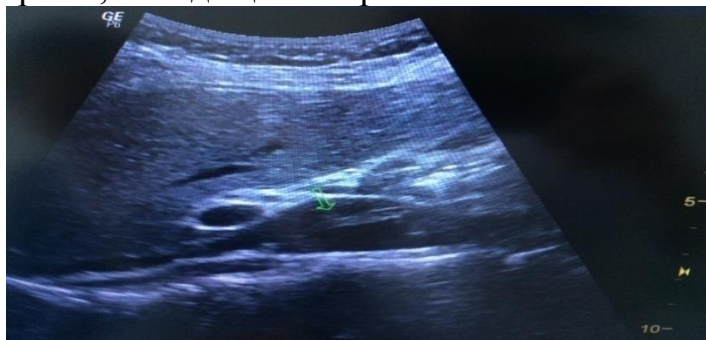


Рисунок 2 - Флотирующий тромб, исходящий из правой почечной вены.

Больная была переведена в отделение сосудистой хирургии, под наблюдением врачей. В дальнейшем был имплантирован КАВА-фильтр. В динамике признаков флотации не обнаружено. В отделение ТГБХО больному проведена операция по удалению селезенки, в послеоперационном периоде возникло осложнение: окклюзирующий тромбоз портальной вены. При динамическом наблюдении в области ворот печени развились дополнительные сосуды (коллатерали) (рисунок 3).

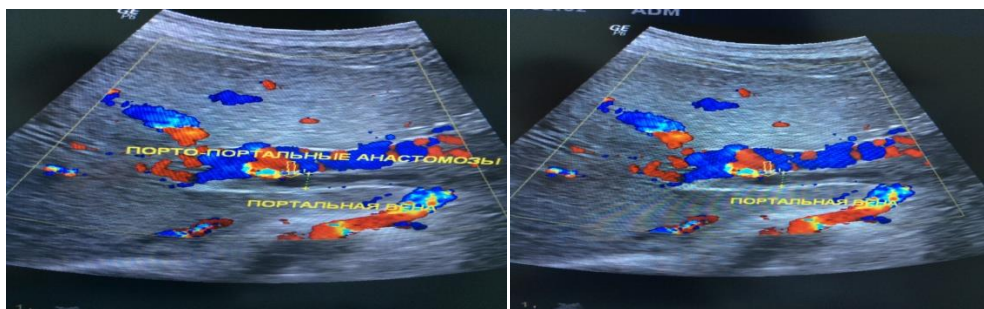


Рисунок 3 - В области ворот печени дополнительные сосуды (коллатерали).

При плановом исследовании больных в отделении выявляются больные с сосудистой патологией, так был выявлен больной с расслаивающейся аневризмой брюшной аорты инфраренального отдела (рисунок 4). Исследовано 36 случаев, из них 2,7% с расслоением интимы.

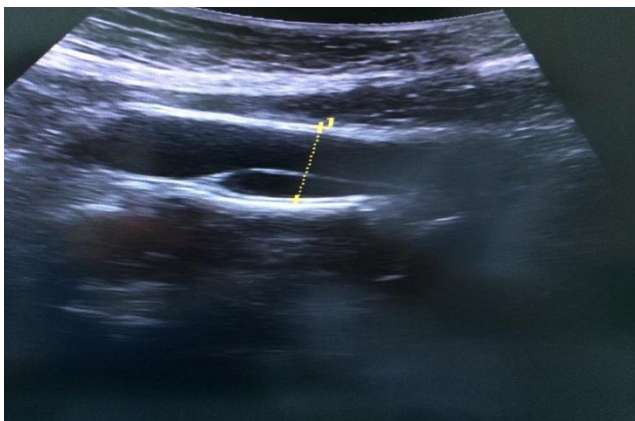


Рисунок 4 - Расслаивающейся аневризмой инфраренального отдела брюшной аорты

После консультации сосудистого хирурга больной бы переведен в отделение сосудистой хирургии для дальнейшего лечения.

Таким образом, метод доплерографии для выявления сосудистой патологии в ургентной клиник на сегодня является доступным, малоинвазивным и недорогим методом.

---

**Мухамадиева Г.А., Жильгельдинов Т.А., Кудабаяев А.А.**  
АО «Медицинский университет Астана», Астана

### **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОБРАЩАЕМОСТИ ПРИ ТОТАЛЬНЫХ ТИМПАНИТАХ В ЦЕНТРЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ ГКП НА ПХВ «ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №1»**

#### **Актуальность**

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является распространенной патологией среднего уха поликлинического и стационарного уровня оториноларингологической помощи. В структуре обращаемости в ГКП на ПХВ «Городская больница №1» за 2013-2014гг. на долю ХГСО приходится 27,2%, из них тотальных тимпанитов 3,2%. Распространенность ХГСО в нашей стране составляет от 8,4 до 39,2 на 1000 населения. Тотальные тимпаниты и формы с частыми обострениями наряду со снижением качества жизни пациентов является причиной отогенных осложнений, которые в настоящее время возникают у 3,2% больных: у 1,97% наблюдаются интракраниальные (менингит, абсцесс мозга и др.), у 1,35% – экстракраниальные (субпериостальный абсцесс, лабиринтит и др.) осложнения.

### **Цель**

Сравнительный и статистический анализ обращаемости и хирургического лечения при тотальных тимпанитах в центре оториноларингологии ГКП на ПХВ «Городская больница №1» с применением аутокостного протеза и титановых протезов фирмы «Kurz».

### **Материалы и методы**

За период с 1 января 2013 по 31 декабря 2014 года в отделении оториноларингологии ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» было пролечено 1072 случаев заболеваний хроническим средним отитом с оперативным лечением, из них с тотальным тимпанитом 25 больных, что составляет 2,33%.

### **Результаты исследований и обсуждение**

За анализируемый период всего было проведено плановое оперативное лечение 25 пациентов с тотальными тимпанитами.

Выявлено, что количество операций с тотальными тимпанитами возросло в 2014 году – 14 случаев, в 2013 году зарегистрировано 11 случая. В целом наблюдается увеличение на 3 случая, т.е. на 12%. Из них ревизия радикальной полости с установкой аутокостного протеза в 2013 г. – 8, т.е. 72,7% операций; 2014 г. – 10 операций, т.е. 71,4%. А так же с установкой тотальных и частичных протезов фирмы «KURZ» в 2013 г., с реконструкцией задней стенки наружного слухового прохода составило – 3, это 27,3%; в 2014 г. – 4, это 28,6%.

Анализ результатов хирургического лечения за 2013-2014 гг.: Из 25 случаев за 2 года в 3 (12%) случаях было возобновление гноетечения, в 22 (88%) случаях – полная приживаемость неотимпанального лоскута.

Результаты аудиологического исследования: в 3 случаях (12%) нет изменений на аудиограмме, в 15 (60%) случаях повышение порогов до 30 дБ, в 7 (28%) случаях повышение до 15 дБ.

За период 2013-2014 гг. наблюдается тенденция к росту исходов с выздоровлением на 5%.

### **Заключение**

Оперативная активность за выбранный период статистического исследования имеет тенденцию к возрастанию. Результаты хирургического лечения демонстрируют в 88% положительный эффект проведенной операции. Проведенный статистический анализ историй болезней за 2013 г.- 2014 г. свидетельствует в целом об увеличении госпитализированных по поводу тотальных тимпанитов и повышении результатов хирургического лечения в центре оториноларингологии в «Городской больнице № 1» г. Астана.

**Беликова Е.Ю.**

ГККП на ПХВ «Городская больница №1» акимата г. Астаны

## **ПРИМЕНЕНИЯ КАЛЬЦИЙ-Д3 НИКОМЕД ОСТЕОФОРТЕ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ**

### **Цель**

Оценить эффективность применения препарата Кальций-Д3 Никомед Остеофорте (Кальция 2500 мг, карбонат Холекальциферол (витамин Д3)800 МЕ) у больных с остеопеническим синдромом при гипотиреозе.

### **Материалы и методы**

Проанализированы 254 истории болезни пациентов с гипотиреозом в возрасте от 18 до 57 лет, находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГК КП на ПХВ «Городская больница №1» в период за 6 мес. 2015гг. Из них: 144 женщин и 110 мужчин, При обследовании остеопению выявили у 153 (60,5%) больных, а остеопороз - у 17 (6,7%), без изменений МПК- у 84 (32,8%). Среднее значение Т-критерия в ультрадистальной области составило -1,14 SD (-1,32; -0,93), в медиодистальной -0,89 SD (-1,10; -0,77). Комплекс обследования включал общеклинические и лабораторно-функциональные исследования, биохимические показатели кальций-фосфорного обмена в сыворотке крови, Оценка минеральной плотности костной ткани (МПКТ) предплечья, степень компенсации гипотериоза (уровень тиреоидных гормонов). У 254 из них была начата терапия Кальций-Д3 Никомед Остеофорте по 1 таблетке в сутки. Через 6 месяцев пациентов разделили на 2 группы: 1-я - 184 пациентов, регулярно принимавших препарат, и 2-я - 70 больных, которые по разным причинам его не получали. До и после лечения определяли МПКТ на аппарате DEXA-Scan DX-10 ("Direx", Израиль) методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии ультра- и медиодистального отделов предплечья, содержащих преимущественно трабекулярную и кортикальную костную ткань соответственно. Результаты денситометрии оценивали по Т-критерию в стандартных отклонениях (SD) от пиковой костной массы у молодых здоровых людей. На анализаторе VITROS автомат определяли содержание общего (норма 2,1-2,55 ммоль/л) и ионизированного (0,89-1,21 ммоль/л) кальция и неорганического фосфора (0,81-1,45 ммоль/л) в сыворотке крови.

### **Результаты**

Исходно средние значения Т-критерия в двух группах соответствовали остеопении и существенно не отличались. Через 6 месяцев МПКТ в обоих отделах предплечья у больных 1-й группы

достоверно увеличилась (в ультрадистальном - на 3,3% [1,3; 5,2]),  $p=0,003$ ; в медиодистальном - на 1,5% [0,2; 2,8],  $p=0,027$ ), а у пациентов 2-й группы существенно снизилась (в ультрадистальном - на 2,5% [-4,0; -1,0],  $p=0,003$ ; в медиодистальном - на 2,1% [-3,0; -1,3],  $p=0,008$ ). В 1-й группе снижение МПКТ отмечалось у 11-23% больных (в ультра- и медиодистальном отделах соответственно), а во 2-й группе - у 61%. В обеих группах степень потери трабекулярной костной ткани значительно превосходила таковую в кортикальном веществе. Показатели кальций-фосфорного обмена оставались в пределах нормы.

### **Заключение**

Больным с остеопеническим синдромом на фоне гипотериоза целесообразно назначать Кальций-Д3 Никомед Остеофорте по крайней мере на 6 месяцев. Регулярный прием препаратов кальция в сочетании с витамином Д3 позволяет добиться стабилизации или увеличения костной плотности. У большинства больных, не получавших кальций и витамин Д3, в течение 6 месяцев масса костной ткани снизилась.

Кальций-Д3 Никомед Остеофорте способствует уменьшению остеопении у больных при гипотиреозе, в то время как при отсутствии лечения она прогрессирует.

---

**Донбай А.А., Абежанова Г.С., Есеев А.Ж.**

ГКП на ПХВ «Городская больница № 1» акимата г. Астаны

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ**

Оперировано 224 пациента с эхинококкозом печени. Частичная перицистэктомия, ушивание остаточной полости с ее наружным дренированием выполнены 142 больным. Резекция печени произведена 21 больному, в том числе 2 больным-анатомическая резекция печени, 15 пациентам-атипичная резекция, 4-гемигепатэктомия. В остальных наблюдениях применяли закрытую или открытую эхинококкэктомию. Для профилактики рецидива заболевания у 97 больных использовали разработанную методику, согласно которой остаточную полость обрабатывали 0,5 % спиртовым раствором фенбендазола. Установлено, что операцией выбора у больных с большими эхинококковыми кистами печени является резекция печени либо тотальная перицистэктомия. Учитывая эффективность 0,5% спиртного раствора фенбендазола в качестве герцида, его применение для обработки остаточной полости эхинококковых кист печени следует считать целесообразным.



**Тулбаев Р.К., Жусупов Б.З., Папулова Н.М., Ерсаханова Б.К.**  
АО «Медицинский университет Астана», Астана

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ РИНОСИНУСИТОВ**

Многочисленные клинические исследования свидетельствуют о высокой эффективности оксигенотерапии гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Однако, метод оксигенации обладает некоторыми недостатками, связанными в первую очередь с токсическим воздействием активных форм кислорода на ткани. Это приводит к угнетению определенных параметров, характеризующих функциональные свойства слизистой оболочки полости носа.

### **Цель**

Изучить эффективности комплексного лечения больных острыми гнойными риносинуситами с применением антиоксидантных препаратов.

### **Материал и методы**

Под наблюдением находились 192 больных с острыми гнойными риносинуситами. У 138 больных отмечался острый гнойный гайморит (71,9%), у 26 имелось наличие острого одонтогенного гайморита (13,5%), и у 28 (14,6%) – острого гнойного гемисинусита. Всем больным, вошедшим в обследованные группы (n=98 в основной группе и n=94 в группе сравнения), осуществлялся комплекс стандартной консервативной терапии острого гнойного риносинусита. Для снижения выраженности токсического эффекта оксигенотерапии нами был разработан метод введения непосредственно в пазуху препарата «Мексидол», обладающего выраженными антиоксидантными свойствами.

Лечение больных основной группы отличалось тем, что после промывания пазухи проводили подачу в нее кислородно-воздушной смеси с помощью аквариумного микропроцессора с производительностью около 30 мл/кг массы тела больного в минуту. Процедуру заканчивали введением в пораженную пазуху 5% раствора мексидола в объеме 5,0мл. Такие процедуры в дальнейшем повторялись ежедневно. При отсутствии патологического отделяемого на 3-4-е сутки лечения в случае нормально функционирующего соустья с полостью носа и при отсутствии признаков воспаления по риноскопическим данным, исчезновении других клинических и

лабораторных показателей воспаления, промывания прекращали, и катетер из пазухи удаляли.

### **Результаты исследования**

Исследования показали, что использование предложенного комплекса лечения, включающее оксигенотерапию в сочетании с промыванием пазухи мексидолом, способствовало скорейшему исчезновению патологических симптомов у больных основной группы. Так, клинически выраженное затруднение носового дыхания отмечалось в основной группе в течение  $4,8 \pm 0,1$  дня, что было в 1,9 раза короче, чем в группе сравнения ( $6,0 \pm 0,2$  дня) при высокой достоверности указанного различия ( $p < 0,001$ ). Это является особенно важным, так как целенаправленное изучение факторов, снижающих качество жизни у больных острыми риносинуситами, показало, что именно затруднение носового дыхания во многом явилось фактором, определяющим её общую оценку. Отёк и гиперемия слизистой оболочки исчезали в основной группе в 1,3 раза быстрее по сравнению с контролем ( $p < 0,001$ ). Гнойное отделяемое исчезало в основной группе уже на 4-е сутки после начала лечения, в среднем, к  $3,6 \pm 0,2$  дню. В то же время его наличие в группе сравнения прослеживалось вплоть до 6-х суток, в среднем отмечаясь в течение  $5,4 \pm 0,2$  дня. Данное различие составило - 50% и было статистически высоко достоверным ( $p < 0,001$ ). Использование предложенного подхода позволило сократить сроки дренирования в 1,4 раза – с  $3,7 \pm 0,2$  дней в основной группе до  $5,1 \pm 0,2$  дней в группе сравнения ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, комплексное лечение, включающее местную внутрипазухную оксигенотерапию с последующим введением мексидола, у больных острым гнойным риносинуситом является высокоэффективным, так как способствует ускорению процессов выздоровления пациентов.

---

**Зейнулина Т.В., Ахметова Н.А., Джакипов М.А., Ли А.Г.**

Қазақстан Республикасы Астана қаласы №1 Қалалық аруханасы

**АБДОМИНАЛЬДІ СЕГМЕНТ КОМПЬЮТЕРЛІК  
ТОМОГРАФИЯСЫНДА БАУЫРДЫҢ ОШАҚТЫ  
ЗАҚЫМДАЛУЫН ЗЕРТТЕУ КЕЗІНДЕ КОНТРАСТТЫ  
ЗАТТАРДЫ БОЛЮСТІ ТҮРДЕ ЕНГІЗУДІҢ МҮМКІНДІКТЕРІ**

### **Түйінді сөздер**

Бауырдың ошақты зақымдалуы, компьютерная томография, контрастты заттарды болюсті түрде енгізу.

### **Мақсатымыз**

Абдоминальді сегмент компьютерлік томографиясында бауырдың ошақты зақымдалуын зерттеу кезінде, контрастты заттарды болюсті түрде енгізудің мүмкіндіктерін зерттеу және бағалау.

### **Материалдар мен әдістер**

01.01.2015 ж. - 01.06.2015ж. аралығында Астана қаласы № 1 қалалық аурухананың КТ кабинетінде бауырдың ошақты зақымдалуларымен 63 адам тексерілді. Орташа жас көрсеткіші 42. Оның 37 әйел, 26 ер адамдар.

Зерттеу 64 кесінділі General Electric LightSpeed компьютерлік томография апаратында жүргізілді. Науқасқа контрастты препараттар автоматты түрде Ulrih инжектор аппаратымен енгізілді. Контрастты препаратты енгізу кезінде КТ апаратында 25 секундта ерте артериальді фаза, 40 секундта кеш артериальді фаза, 55 секундта венозды фаза, 3 минутта паренхиматозды фаза түсірілді. Содан кейін барлық алынған мәліметтер фронтальді, сагитальді жазықтықтарда және 3D реконструкциясында өңделді, сонымен қатар қажет болған жағдайда бауыр волюметриясы, яғни көлемі өлшенді. Барлық науқастарға контрастты зат Ультравист 100-150мл көлемінде енгізілді.

### **Зерттеу нәтижесі**

Абдоминальді сегмент компьютерлік томографиясында контрастты заттарды болюсті түрде енгізуде бауырдың қарапайым кистасы – іші сұйықтық, ал сыртында жұқа капсуласы болуына байланысты, артериальді, венозды және паренхиматозды фазаларында контрастты затты сіңірмейді. Осындай көріністі 22 (31,7%) адамнан анықтадық.

Эхинококкты киста – бір камералы немесе көп камералы, дөңгелек пішінді, контуры анық, қалың капсуласы болады. Капсуласында кальцинаттар болуы мүмкін. Тамырға контрастты затты енгізгенде эхинококктың қалың капсуласында контрастты зат сіңіріледі. 1 камералы эхинококкты кистаның қалың капсуласының болуы, бізге оны қарапайым кистадан ажыратуға көмектесті. Осындай көріністі 3 (4,7%) адамнан анықтадық

Бауыр абсцессі – дөңгелек пішінді, контуры анық, құрамында газ көпіршіктері болуы мүмкін. Контрастты затты енгізген кезде бүкіл фазада контрастты заттың сіңірілуі анықталмайды, айналасындағы перифокальді ісігі анық көрінеді. Біздің зерттеуімізде осындай көрініс 5 (7,9%) адамда анықталынды.

Гемангиома – тамырлық түзілістерден құралған қатерсіз ісік. Нативті КТ-да гемангиома гиподенсивті, контуры кедір-бұдыр, артериальді және венозды фазаларында контрастты затты біртіндеп перифериясынан центріне қарай сіңіреді, ал паренхиматозды фазасында

бауырдың тінімен біркелкі боялады немесе аздап гиперденсивті болады. Осындай көрініс 17 (27%) адамда анықталынды.

Фибронодулярлы гиперплазия – гепатоциттерден тұратын орталығында фиброзды стромасы бар қатерсіз ісік. Контрастты затты енгізгеннен кейін артериальді, венозды, паренхиматозы фазаларында гепатоциттерден тұратын бөлігі контрастты затты өте жақсы сіңіреді, ал орталығындағы фиброзды бөлігі контрастты затты сіңірмейді. Соның нәтижесінде «нысана» симптомы пайда болады. Осындай көрініс 2 (3,3%) адамда анықталынды.

Қатерлі гиповаскулярлы ісіктер (метастаз, холангиокарцинома) - венозды фазада қалыпты бауырдың тіні контрастты затпен жақсы боялған кезде гиподенсивті болып көрінеді. Мұндай көрініс 8 (12,7%) адамда анықталынды.

Қатерлі гиперваскулярлы ісіктер (метастаз, гепатоцеллюларлы рак, холангиокарцинома) қалыпты тіндерге қарағанда қан тамырмен жақсы қамтамасыз етілгендіктен, артериальді фазада контрастты затты максимальді сіңіреді. Ал венозды фазада олар бауырдың қалыпты тінімен изоденсивті немесе гиподенсивті болуы мүмкін. Мұндай көрініс 8 (12,7%) адамда анықталынды.

### **Қорытынды**

Абдоминальді сегмент компьютерлік томографиясында бауырдың ошақты зақымдалуын зерттеу кезінде, контрастты заттарды болюсті түрде енгізу арқылы патологиялық ошақтың нақты орналасқан орнын, тамырларға және өт жолдарына қарым-қатынасын анықтауға мүмкіндік береді, сонымен қатар контрастты затты сіңіру сипатына қарай оның құрылымын анықтауға мүмкіндік береді. Сондықтан бауырдың кез келген ошақты зақымдалуы бар адамдарға абдоминальді сегмент компьютерлік томографиясы міндетті түрде контрастты заттарды болюсті түрде енгізу арқылы жүргізілуі тиіс. Біздің зерттеуіміздің нәтижесі бойынша бауырдың ошақты зақымдалуларының 74,6% қатерсіз ісіктер, 25,6% қатерлі ісіктер болды.

---

Мухамадиева Г.А.<sup>1,2</sup>, Фасиев Р.Г.<sup>1</sup>, Рахметов Д.С.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Астана қаласы әкімдігінің ШЖК «№1 қалалық аурухана» МКК

<sup>2</sup>«Астана медицина университеті» АҚ

## **ШЖК «№1 ҚАЛАЛЫҚ АУРУХАНАСЫ» МКК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ОРТАЛЫҒЫНЫҢ ДӘРІГЕРЛЕРІМЕН ЖҮРГІЗІЛГЕН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕСІНДЕ АТРОФИЯЛЫҚ РИНИТТІҢ КЕЗДЕСУ ЖИІЛІГІНДЕ ОТА АЛДЫНДАҒЫ ДАЙЫНДЫҚ**

### **Тақырыпты зерттеудің өзектілігі**

Атрофиялық ринит мұрын қуысының созылмалы аурулары, соның ішінде созылмалы риниттерде кездесетін аурулардың 18% құрайды. ЛОР патологиясы бар студенттердің ішінде 1998-1999 ж.ж. аралығында - 1,5%; 2002-2003ж.ж. - 1,9%; 2006-2007ж.ж. - 1,6%; 2010 ж. - 1,5% құраған. Қазақстан Республикасының аймағы бойынша, әсіресе ауасы құрғақ аймақтарда субатрофиялық риниттің кездесу жиілігі адам басына шаққанда шамамен 100 адамның ішінде 14-19 адамда кездесетіні анықталған, оның ішінде мұрын пердесінің тесілуі, мұрыннан қан кетуімен асқынғандар шамамен 7-11 адамды құрайды. Аурудың болу себебі тұрмыстық ортада өндіріс орындарының көптеп ашылуы, автокөліктердің көбеюі, құрғақ климат, қалалық тұмшаның болуы әсер етеді.

### **Мақсаты**

ШЖК «№1 қалалық ауруханасы» МКК ЛОР орталығына келіп түскен науқастарға мұрынға ота жасаудан бұрын, отадан кейінгі асқыну болмас үшін адын ала мұрын қуысының шырышты қабатын калпына келтіріп алу.

### **Зерттеу материалдыра мен әдістері**

ШЖК «№1 қалалық ауруханасы» МКК ЛОР орталығының дәрігерлерімен 2014 жылы «АМУ» АҚ 1996-1997 жылы туылған 1-курсның 820 студентіне жүргізілген медициналық тексеру кезінде барлық ЛОР аурулары ішінен 2,1% атрофиялық ринит диагнозы анықталды. Дем алудың қиындауы шығымымен ЛОР орталығына келіп түскен науқастардың ішінде субатрофиялық ринит диагнозы қойылған науқастар 2013 жылы - 4,5% құраса, 2014 жылы - 4,8% құрады. Олардың барлығына алдын ала мұрынның шырышты қабатының құрғауын калпына келтіру шаралары жүргізілді. Алғашқы емді А және Д дәрумендерін ішке жәнемай қоспалары ретінде, соның ішінде көп құрамды табиғи өнімдерден алынған фитолек, қызылмай, итмұрын, эвкалипт, самырсын ағашынан алынған майлар және т.б. мұрынның шырышты қабатына жергілікті колдану арқылы жүзеге асырылады. Кейінгі 2- этап бойынша ота жасалды.

### **Нәтижесі**

Жергілікті жүргізілген емнен кейін 1 ай өткеннен кейін ота жасауға болады. 2013 жылы ота жасалған науқастарды 2-3 айдан соң қарағанда 88%-да отадан кейінгі асқынулардың болмағаны байқалса, 2014 жылы ол көрсеткіш 97%-ға көтерілгені байқалды.

### **Қорытынды**

2013-2014 жылы Астана қаласында ШЖҚ «№1 қалалық ауруханасы» МКК ЛОР орталығына келіп түскен науқастарды мұрын қуысының шырышты қабатын қалпына келтірген соң жасалған отадан кейінгі мұрын пердесінің тесілуімен асқынған жағдайлардың сирек кездескенін байқалды.