Наименование	Позиция	Количество
	Крышка	1	2
	Зуб	2	18
	Фиброзное кольцо	3	2
	Опорное кольцо	4	1
	Ag-ГА	A	0,5 г/м ²

Рис.2. Конструкция межпозвоночного диска с напылением Ag-ГА

Выводы: при покрытии эндопротеза межпозвоночного диска Ag-ГА будут улучшены адгезионные и медико-биологические свойства металлической части межпозвоночного диска, что является прогрессивной и надежной разработкой. Технология требует дальнейшего исследования и проведения экспериментов.

1. Загибашев М.В., Маслова К.А., Бирюкова К.С., Пичхидзе С.Я. Увеличение срока эксплуатации имплантата межпозвоночного диска с помощью сплава Ti3Au. Ljournal.ru Сборник научных трудов по материалам XIX международной научной конференции «Тенденции развития науки и образования», 31 октября 2016 года, Самара: Л-Журнал, 2016. С. 13-14.
2. Лясникова А.В., Лясников В.Н., Маркелова О.А., Дударева О.А., Пичхидзе С.Я., Гришина И.П.. Исследование свойств сереброзамещенного и биокмпозиционных наноструктурированных покрытий на его основе. Медицинская техника. 2015. № 5 (293), С. 38-41.
3. Насанова А.А., Муктаров О.Д., Буров А.М., Пичхидзе С.Я. Исследование биологического карбонат-гидроксиапатита. В сборнике: Будущее науки - 2015. Сборник научных статей 3-й Международной молодежной научной конференции в 2-х томах. Ответственный редактор: Горохов А.А.. 2015. С. 210-211.
4. Лясникова А.В., Пичхидзе С.Я., Дударева О.А., Маркелова О.А. Исследование свойств магнийзамещенного гидроксиапатита и плазменных покрытий на его основе. Журнал технической физики. 2015. Т. 85. № 11. С. 152-155.

Касыев Н. Б., Айтназаров М. С., Алиев М. Ж., Калыбеков Т. А.

Оперативное лечение осложненного эхинококкоза в VII-VIII сегменте печени

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

(Кыргызстан, Бишкек)

doi: 10.18411/lj-25-12-2017-16

idsp: 000001:lj-25-12-2017-16

Аннотация

В статье представлены результаты лечения 101 больного эхинококкозом печени поддиафрагмальной локализации с нагноением. Обеззараживание выполняли 30% раствором хлорида натрия (29 чел.) и озонированным раствором (41 чел.), 20% раствором димексида (31). Ликвидацию полости фиброзной капсулы полужакрытым способом осуществляли у 31, а у остальных – с иссечением свободных краев полости и дренированием.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, нагноение, обеззараживание, ликвидация полости, осложнения.

Эхинококкоз – тяжелое паразитарно-аллергическое заболевание, которое широко распространено во всем мире, в том числе в Кыргызской Республике, особенно отмечен рост заболеваемости начиная с 1992 года [1, 2]. Кроме увеличения частоты заболеваемости наблюдается рост удельного веса поступления больных с осложненными формами эхинококкоза [3,4].

Лечение эхинококкоза хирургическое, хотя и делались попытки использовать антигельминтные препараты, но пока они применяются в комплексе с хирургическим [4]. Особого внимания заслуживает поддиафрагмальная локализация, при которой клинические проявления наблюдаются, когда кисты достигают больших размеров или возникают осложнения, но наибольшие трудности представляет лечение эхинококкоза с локализацией в зоне VII-VIII сегментов печени [5, 6]. Высокий процент осложненных форм эхинококкоза печени объясняется продолжительным бессимптомным течением болезни, поздней обращаемостью больных в хирургические стационары, допущенными диагностическими ошибками, отказом больных от своевременной операции, а также полным прекращением санитарно-профилактических работ ветеринарной службы среди домашних и диких животных, отсутствием целенаправленного обследования населения на предмет выявления на ранней стадии заболевания.

После операции с этой локализацией кист осложнения колеблются от 18 до 38% [3,5,7], лечение которых представляет сложности, а рецидивы наблюдаются в 6-10% случаев. Все это является основанием для поиска наиболее эффективных мер оперативного лечения и профилактики осложнений.

Цель работы – представить результаты использованных подходов в лечении поддиафрагмальной локализации кист эхинококкоза, осложненного нагноением.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находился 101 больной с локализацией кист в зоне VII-VIII сегментов печени, осложненных нагноением, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1, г.Бишкек с 2006 по июль 2016 года. Женщин было 60, мужчин – 41, возраст их колебался от 18 до 63 лет, а давность заболевания – от 3 дней до 3 лет, но проявления осложнения отмечены больными от 3 до 8 суток (усиление болей, повышение температуры, озноб, недомогание).

Одиночные эхинококковые кисты выявлены у 89 (88,1%) больных, множественные – 12 (11,9%). Сочетание эхинококкоза печени и легких имело место у 3, эхинококкоз печени и почек – у 1, что составило 3,96%.

Размеры эхинококковых кист печени были различными и колебались в пределах от 5 см до 20 см в диаметре и более. Малые (до 5 см в диаметре) эхинококковые кисты установлены у 15 пациентов, средние (до 10 см) – у 57, большие (до 20 см) – у 21, гигантские имеющие более 20 см в диаметре – у 8 больных.

В обследовании больных помимо общеклинических методов использовали рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование брюшной и грудной полости, в неясных случаях – компьютерная томография, ставили реакцию Казони и определяли функциональное состояние печени и почек (билирубин, тимоловая проба, трансаминазы, мочевины, креатинин).

Для выбора доступа особое внимание уделяли определению подвижности правого купола диафрагмы.

Результаты и их обсуждение:

После детального обследования больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. У 9 больных использован торакотомный доступ, а у остальных – лапаротомный по Федорову. У всех локализация кисты была в зоне VII-VIII сегментов печени. После ревизии и аспирации содержимого кист обеззараживание полости фиброзной капсулы осуществляли 30% раствором хлорида натрия у 30 больных, а у 40

больных – озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с последующей обработкой бетадином, а также 20% раствором димексида (Кыргыз патент № 20160050.1 от 17 июня 2016 г.). Мы остановились на этих методах обеззараживания, как наиболее эффективных, обеспечивающих 100% гибель плодоносных элементов эхинококкоза [3]. Особые сложности представляла ликвидация полости фиброзной капсулы, так как кисты были осложнены нагноением. После обработки полости тщательно осматривали ее стенки для выявления желчных свищей. При этом у 4 больных были выявлены свищи небольшого диаметра, которые были ушиты. При небольших кистах (до 10 см в диаметре) после обработки полость ушивали и обязательно дренировали 1-2 дренажами и осуществляли активную аспирацию. В первые 3-4 дня через дренажи вводили 10-15 мл озонированного раствора и через час аспирировали. Эта методика применена у 52 больного, у 9 с наличием густого гнойного содержимого с запахом использовали открытый метод, но предварительно, по мере возможности, полость уменьшали в размерах. У остальных (31 чел.) свободную часть фиброзной капсулы иссекали до печеночной ткани, на края иссеченной капсулы накладывали обвивной гемостатический шов и полость оставляли открытой, но обязательно касательно размещали 2 дренажа и после операции аспирировали содержимое. При использовании любого метода ликвидации полости дренировали поддиафрагмальное пространство и брюшную полость, а при торакальном доступе и плевральную полость.

После операции больные получали антибиотики и инфузионную терапию. Через сутки - двое выполняли УЗИ грудной и брюшной полости для выявления скопления экссудата и своевременного его удаления. Это являлось и профилактикой осложнений.

После операции у 4 больных выявлен правосторонний плеврит, осуществлялись плевральные пункции, у одного отмечено скопление жидкости в подпеченочном пространстве. Под контролем УЗИ произведено дренирование, жидкость удалена и в течение 3 суток выделения прекратились и микродренаж удален. Еще у одного отмечено желчеистечение, которое самостоятельно прекратилось через 2 недели, а у двух послеоперационный период осложнился нагноением раны, проведено традиционное лечение. Всего осложнений после операции выявлено у 8 больных (11,3%), летальных исходов не было.

У больных, у которых мы использовали открытый метод, дренажи в полости держали до двух недель под контролем УЗИ и при этом установили постепенное уменьшение полости до полного ее исчезновения.

Среднее пребывание в стационаре при полузакрытом способе составило $9,8 \pm 0,91$ койко-дней, при открытом – $18,6 \pm 0,37$ и при иссечении краев капсулы и дренированием – $12,4 \pm 0,82$ койко-дней.

Выводы:

1. Для обеззараживания полости фиброзной капсулы целесообразно использовать гипертонические растворы хлорида натрия и озонированные растворы с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и 20% раствором димексида.
2. При нагноившемся эхинококкозе VII-VIII сегментов печени возможно использование полузакрытого метода, но с обязательным УЗИ контролем после операции.
3. Использование иссечения свободных краев фиброзной капсулы до паренхимы печени является менее травматичной операцией и не сопровождается увеличением осложнений в послеоперационном периоде.

1. Адамалиев К.А. Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации у детей [Текст] / К.А. Адамалиев, Т.О. Омурбеков // Хирургия Кыргызстана. – 1998. - № 1. – С. 53-58.
2. Айманбетов М.А. Эхинококкоз человека [Текст] / М.А. Айманбетов, С.А. Абдрасулов // Здоровоохранение Кыргызстана. – 1998. - № 2. – С. 24-27.

3. Акешов А. Совершенствование диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А. Акешов. – Бишкек, 2010. – С. 23.
4. Акматов Б.А. Новые подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени, осложненного механической желтухой [Текст] / Б.А. Акматов, А.И. Мусаев, Ж.А. Кочконбаев // Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2000. – С. 216-218.
5. Альперович Б. И. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [текст] / Б. И. Альперович, Р. В. Сорокин, М. В. Толкаева // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – №11. – С 7-8.
6. Камолов М.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации [Текст] / М.М. Камолов // Материалы IV съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2005. – С. 84-85.
7. Шангареева Р.Х. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей [Текст] / Р.Х. Шангареева, А.А. Гумеров, Ш.С. Ишимов // Вестник хирургии. – 2007. - № 7. – С. 44-50.
8. Golematis B.C. Hepatic hydatid disease^ current surgical treatment [Text] / B.C. Golematis, P.J. Peveretos // Sinai J. Med. – 2005/- Vol. 62, # 1. – P. 71-76.

Климова Т.Н., Степанов В.А., Маркова А.В., Кузнецова Д.А.

Обоснование применения интраорального депрограмматора при лечении повышенной стираемости зубов, осложненной гипертонией жевательных мышц

*ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России
(Россия, Волгоград)*

doi: 10.18411/lj-25-12-2017-17

idsp: 000001:lj-25-12-2017-17

Введение.

Реабилитация пациентов с различными формами повышенного стирания твердых тканей зубов, осложненных гипертонусом жевательных мышц и профилактика развития возможных последующих осложнений со стороны височно-нижнечелюстного сустава и всей зубочелюстной системы в целом является важным аспектом современной стоматологии.

Повышенная стираемость твердых тканей зубов сопровождается значительными морфо-функциональными изменениями в челюстно-лицевой области, коррекцию которых невозможно провести без специальной подготовки [2].

Для правильного планирования лечения и реконструкции зубочелюстной системы депрограммирование жевательных мышц является неотъемлемой частью протокола реабилитации.

В настоящее время стоматологический рынок предлагает обширный спектр интраоральных приспособлений для депрограммирования мышц. В современной литературе недостаточно освещен вопрос о показаниях к каждому виду депрограмматоров. Для получения наиболее эффективного результата необходим дифференцированный подход к выбору каждого вида устройств [1,3].

Цель исследования: обосновать необходимость применения интраорального депрограмматора при лечении повышенной стираемости зубов, осложненной гипертонией жевательных мышц.

Материал и методы исследования: для решения поставленной цели на кафедре ортопедической стоматологии с курсом клинической стоматологии ФГБОУ ВО «ВолгГМУ» было обследовано 10 пациентов с генерализованной повышенной стираемостью, осложненной гипертонусом жевательных мышц.

Под контролем электромиографического исследования жевательных мышц с помощью интраорального приспособления проводилось депрограммирование жевательных мышц в течение 15 минут (рис.1).

Рис.1. Интраоральное депрограммирующее устройство