

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT
JURNALI

№ 2 (99)
2020

O'ZBEKISTON
VRACHLAR
ASSOTSIATSIYASI
BYULLETENI



НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
ЖУРНАЛ

БЮЛЛЕТЕНЬ
АССОЦИАЦИИ
ВРАЧЕЙ
УЗБЕКИСТАНА

ISSN 2010-7773

ILMIY-AMALIY
TIBBIYOT JURNALI

**O'zbekiston
vrachlar
assotsiatsiyasi**

Bosh muharrir:
Iskandarov T.I., t.f.d., O'FA
akademigi

Tahrir hay'ati:

Abduraximov Z. A., t.f.d.
Akilov X.A., t.f.d., professor
Alimov A.V., t.f.d., professor
Asadov D.A., t.f.d., professor
Ahmedova D.I., t.f.d., professor
Iskandarova Sh.T., t.f.d., professor
Kurbonov R.D., t.f.d., professor
Rustamova M.T., t.f.d., professor
Sidiqov Z.U., t.f.n.
Sobirov D.M., t.f.d., professor
Tursunov E.O., t.f.d., professor
Yarkulov A.B., t.f.n.
Shayxova X.E., t.f.d., professor

Nashr uchun mas'ul xodim:
Mavlyan-Xodjaev R.Sh, t.f.d.

Dizayn, kompyuterda teruvchi:
Abdusalomov A.A.

Jurnal O'zbekiston Matbuot va
axborot agentligidan 2016 yil
13 dekabrda ro'yhatdan o'tgan.

Guvohnoma №0034.

Tahririyat manzili: 100007,

Toshkent shahri,

Parkent ko'chasi, 51-uy.

Tel.; 71-268-08-17

E-mail: info@avuz.uz

Veb - sayt: www.avuz.uz



(99)

**B
Y
U
L
L
E
T
E
N
I**

**TOSHKENT
O'zbekiston Vrachlar
Assotsiatsiyasi 2020 yil**

**МУХАРРИР МИНБАРИ
МЕНЕДЖМЕНТ ВА МАРКЕТИНГ**

Асадов Р.Х. Ўзбекистон Республикасида гемодиализ хизмати ривожланишининг ҳолати ва истиқболи

ХУҚУҚ ВА ИҚТИСОДИЁТ

Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М., Кравченко Л.Ш. Масофавий таълимнинг электрон шаклини татбиқ этишнинг иқтисодий самарадорлиги ҳисоблашга оид

Ҳакимов В.А. Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини ислоҳ қилиш жараёнида профессионал раҳбар кадрлар тизимини шакллантиришнинг ўрни

ИЛМИЙ ТАДҚИҚОТЛАР АМАЛИЁТГА

Курбанов Б.Б. Турли даражадаги преэклампсия билан хаста беморларда йўлдошнинг морфофункционал ўзгариши ва SFLT1 оқсилнинг микдорий таркиби билан алоқаси

Надирханова Н.С., Асатова М.М. Пневмония мавжуд ҳолатда аёлларда жигарнинг функционал ҳолати

Шамсиева З.И. Семизлик кузатилган аёлларда цитокин профили

Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. Кейдж мосламасини умуртқа поғонаси бел қисми умуртқалараро спондилодезидида қўлланилиши

Кочкартаев С.С. Умуртқа поғонаси бел қисми диск чурраларида диск тўқимасини патоморфологик ўзгаришлари

Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю. Сон суяги синишини блокловчи интрамедуляр остеосинтез усули билан даволашдаги тажриба

Хаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К.Е., Холиков А.А., Фаттаева Д.Р. Юзжағ соҳаси фурункул ва карбункул касалликларини комплекс даволашда маҳаллий суперсорбицидни қўллаш

Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Рахматуллаев Х.У., Каримова Г.В. Сурункали обструктив ўпка касаллиги бўлган беморларда нафас олиш мушакларининг электронейромиографик кўрсаткичлари

**КОЛОНКА РЕДАКТОРА
МЕНЕДЖМЕНТ И МАРКЕТИНГ**

7 Асадов Р.Х. Состояние и перспективы развития службы гемодиализа в Республики Узбекистан

10 Искандарова Ш.Т., Абдурахимов З.А., Мирсаидова Х.М., Кравченко Л.Ш. К расчетам экономической эффективности внедрения электронной формы дистанционного обучения

13 Ҳакимов В.А. Роль формирования стратегического резерва руководящих кадров в процессе реформирования здравоохранения в Республике Узбекистан

НАУЧНЫЕ РАЗРАБОТКИ В ПРАКТИКУ

15 Курбанов Б.Б. Характер изменения тромбоцитарного звена системы гемостаза у беременных женщин с преэклампсией

18 Надирханова Н.С., Асатова М.М. Функциональное состояние печени у беременных с пневмонией

22 Шамсиева З.И. Цитокиновый статус у беременных женщин с ожирением

25 Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. Межтеловой спондилодез поясничного отдела позвоночника с применением кейджевых конструкций

29 Кочкартаев С.С. Патоморфологические изменения межпозвонковых дисков при грыжах поясничного отдела позвоночника

33 Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю. Опыт лечения при переломах бедренной кости методом интрамедулярного блокирующего остеосинтеза

36 Хаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К. Е., Холиков А.А., Фаттаева Д.Р. Применение суперсорбицида в комплексном лечении при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области

37 Садыкова Г.А., Арипов Б.С., Рахматуллаев Х.У., Каримова Г.В. Электронейромиографические показатели респираторных мышц у больных хронической обструктивной болезнью лёгких

- Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.** Фаргона водийси ахोलисининг предгипертензия ва артериал гипертензияни асосий хавф омилларига боғлиқ ҳолда аниқланишини қиёсий баҳолаш
- Рамазонова Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Остеоартритли беморларда метаболик бузилишлар
- Салиев К.К., Салиев Д.К., Солиев А.К.** Ўткир лимфобласт лейкоз билан беморларни даволаш даврида рецидивлашни периферик қондаги гемограмма ва лейкоформула кўрсаткичлари асосида прогнозлаш
- Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х.** Темир етишмовчилик камқонликка чалинган бабоғат ёшидаги қизларнинг жисмоний ривожланиш кўрсаткичлари
- Ubaydullaev N.N., Ganiev B.S.** Бронхиал астма билан касалланган беморларни бирламчи бўғин ва шахар поликлиникаларидаги умумий амалиёт шифокорлари томонидан кузатилиши
- Ахмедова Д.Б., Кодирова З.Х.** Ўзбекистон республикасида касб касалликлари кўрсаткичлари
- Искандарова Г.Т., Ташпулатова М.Н., Самигова Н.Р.** Саноатнинг фармацевтика соҳасида меҳнат жараёни ва меҳнат шароитларини ташкиллаштиришни ўрганишнинг аҳамияти
- Расулов Ш.М.** Эхинококкознинг эпизоотологияси ва эпидемиологияси
- Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Ахолининг айрим контингентларининг оив инфекцияси бўйича хабардорлик даражаси
- Солиев А.К.** Днк репарациясини бронхиал астма билан беморларда турли клиник патогенетик вариантлари ва оғирлик даражаси билан боғлиқ ҳолда ўрганиш натижалари
- Шадманова Н.А. Юлдошева Х.А.** Стафилокок инфекциялари ва антибиотикларга турғунлик муоммоси.
- Ёдгорова Н.Т., Шадманова Н.А.** Бета – лактам антибиотикларга турғунлик: глобал муаммо
- 41 Валиева М.Ю., Салахиддинов З.С.** Сравнительная оценка выявляемости предгипертензии и артериальной гипертензии в зависимости от факторов риска
- 44 Рамазонова Н.А., Мирахмедова Х.Т., Дадабаева Н.А., Хамраев Х.Х.** Метаболические нарушения у больных остеоартритом
- 47 Салиев К.К., Салиев Д.К., Солиев А.К.** Прогностические показатели рецидива у больных острым лимфобластным лейкозом на основе гемограммы лейкоформулой периферической крови в динамике поддерживающей терапии
- 49 Арзикулов А.Ш., Атаджанова Ш.Х.** Показатели физического развития девочек-подростков с железодефицитной анемией
- 53 Ubaydullaev N.N., Ganiev B.S.** Ведения пациентов с бронхиальной астмой в условиях первичного звена и городской поликлиники врачом общей практики
- 55 Ахмедова Д.Б., Кодирова З.Х.** Показатели профессиональной заболеваемости в Республике Узбекистан
- 59 Искандарова Г.Т., Ташпулатова М.Н., Самигова Н.Р.** Значимость изучения организации трудового процесса и условий труда в фармацевтической отрасли промышленности
- 62 Расулов Ш.М.** Эпизоотология и эпидемиология эхинококкоза
- 66 Рустамова Х.Е., Мирхамидова С.М.** Уровень осведомленности некоторых контингентов населения по вопросам вич инфекции
- 73 Солиев А.К.** Результаты исследования репарации днк у больных бронхиальной астмой в зависимости от клинико патогенетических вариантов и тяжести течения болезни
- 75 Шадманова Н.А. Юлдошева Х.А.** Стафилококковые инфекции и проблема устойчивости к антибиотикам
- 78 Ёдгорова Н.Т., Шадманова Н.А.** Резистентность к бета-лактамам антибиотикам: глобальная проблема.

Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т. “Биоферрон” антианемик самардорлигининг тадқиқот натижалари

83 Атаджанова Ш.Х., Инакова Б.Б., Нуритдинова Г.Т. Результаты исследования антианемического эффекта «биоферрона»

Дусчанов Б. А., Юсупова О.Б., Ибадуллаева С.С. Аҳоли орасида соғлом турмуш тарзига риоя қилиниши ва истиқболдаги ривожланиши

87 Дусчанов Б. А., Юсупова О.Б., Ибадуллаева С.С. Соблюдение здорового образа жизни населением и перспективы развития

Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Аллазаров У.А. Жигар касалликлари патогенезида альфа ўсма некрози унсурининг аҳамияти

91 Мадатов К.А., Исмаилов У.С., Аллазаров У.А. Роль фактора некроза опухолей альфа в патогенезе заболеваний печени

**ТИББИЙ ТАЪЛИМ,
АМАЛИЁТЧИ ШИФОКОРЛАР ЭТИБОРИГА**

**МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ,
ВНИМАНИЮ ПРАКТИКУЮЩИХ ВРАЧЕЙ**

Зоирова Н.Т. COVID-19: эпидемиологияси ва профилактикаси

95 Зоирова Н.Т. Covid-19: эпидемиология и профилактика

**ТИББИЁТ ЯНГИЛИКЛАР, ИЛМИЙ
МУШОХАДАЛАР**

**НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ,
НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ**

Искандарова Гўзал Т. Искандарова Гулноза Т. COVID-19 вақтида тиббиёт муассасаларни юқумли назоратга олиш

98 Искандарова Гўзал Т. Искандарова Гулноза Т. Инфекционный контроль в медицинских учреждениях при COVID-19

Саидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Кадирова А.З., Шерматов Р.М., Темирова Ж.Х. Турли иқлимий шароитларда тусдан юрак ўлими клиник аломатларини пайдо бўлишида турли ҳавф омиллари ва хусусиятларининг таъсири

102 Саидахмедов И.О., Махмудов Н.И., Кадирова А.З., Шерматов Р.М., Темирова Ж.Х. Влияние различных факторов риска в формировании и особенностях клинических проявлений внезапной сердечной смерти в различных климатических условиях

Салиходжаева Р.К. Пациентларни ўқитишда ҳамширалик иши мутахассисларининг педогогик маҳорати

105 Салиходжаева Р.К. Педагогические навыки специалистов сестринского дела в обучении пациентов

Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И. Ўткир постманипуляцион панкреатит: долзарблиги, диагностика ва даволашдаги муаммолар

106 Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Асанов Б.П., Ражабов А.И. Острый постманипуляционный панкреатит: актуальность, проблемы диагностики и лечения

Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б. Климаксдан сўнг даврда диабетик полинейропатияли бемор аёлларнинг ҳаёт сифатини баҳолаш

111 Усманова Д. Д., Наджмитдинов О.Б. Оценка качества жизни пациенток с диабетической полинейропатией в постклимактерическом периоде

Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Болаларда уретранинг посттравматик стриктураси ва облитерациясини оператив даволаш ва уни самардорлигини ошириш йўллари

116 Акилов Х.А., Низомов Ш.А. Перативное лечение посттравматических стриктур и облитерации уретры у детей и пути повышения ее эффективности

ЮБИЛЕЙЛАР

ЮБИЛЕИ

**УСМАНХОДЖАЕВ
МУХТАР САИДОВИЧ – 85 ЁШДА**

**121 УСМАНХОДЖАЕВУ
МУХТАРУ САИДОВИЧУ – 85 ЛЕТ**

ЯРКУЛОВ АХРОР БАХРАМОВИЧ 70 ЁШДА

122 ЯРКУЛОВ АХРОР БАХРАМОВИЧ 70 ЁШДА

Заключение. Для патологии МП диска характерны разрушение фиброзного кольца, пульпозного ядра, разволокнение и растрескивание пластин кольца, разрывы хрящевых прослоек, распространенная хрящевая метаплазия ткани с множественными очагами деструкции, фрагментациями МП диска.

Изучение гистологических характеристик структурно-функциональных изменений межпозвонковых дисков при различных формах остеохондроза позволяет выявить особенности изменения структуры и нарушения метаболизма основных компонентов межклеточного вещества межпозвонкового диска.

Литература:

1. Бурухин А.А., Зайдман А.М., Глазырин Д.Н. К вопросу о морфогенезе патологически измененного межпозвонкового диска при остеохондрозе и спондилолистезе. // Закономерности морфогенеза опорных структур позвоночника и конечностей на разных этапах онтогенеза. Ярославль. 1982. Вып.4. –С.61-67.
2. Васильева И.Г., Хижняк М.В. и др. Дегенерация межпозвонковых дисков и методы ее биологической коррекции. // Украинский нейрохирургический журнал. -2010.-№1. –С.16-23.
3. Григоровский В.В., Хижняк М.В., Васильева И.Г., Шуба И.Н., Гафийчук Ю.Г. Патоморфологические изменения межпозвонковых дисков и тел позвонков хвоста крыс при асимметричной статичной компресии-дистензии в эксперименте. // Украинский нейрохирургический журнал. 2011. №3. С.59-64
4. Данишук З.Н., Скиданов А.Г., Батура И.А. Морфология паравертебральных мышц пациентов с дегенеративными заболеваниями поясничного отдела позвоночника. // Журнал Медико-биологический вестник. Украина. 2013. Том16. №1. Ч2.(61). С.37-40.
5. Пашкова И.Г., Кудряшова С.А. Конституциональные особенности дегенеративно-дистрофических изменений поясничного отдела позвоночника // Фундаментальные исследования. – 2009. – №4. – С. 56-57.
6. Urban J.P., Roberts S. Degeneration of the intervertebral disc. *Arthritis Res Ther* 2003;5:120–30.
7. Eyre D.R., Wu J.J., Fernandes R.J., et al. Recent developments in cartilage research: matrix biology of the collagen II/XI heterofibril network. *Biochem Soc Trans*2002;30 (Pt 6):893–9.
8. Urban J.P., Smith S., Fairbank J.C. Nutrition of the intervertebral disc. *Spine* 2004;29(23):2700–9.
9. Ferguson S.J., Ito K., Nolte L.P. Fluid flow and convective transport of solutes within the intervertebral disc. *J Biomech* 2004;37(2):213–21.
10. Le Maitre C.L., Freemont A.J., Hoyland J.A. Localization of degradative enzymes and their inhibitors in the degenerate human intervertebral disc. *J Pathol* 2004;204(1):47–54.

УДК 617.581-089.872

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ МЕТОДОМ ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО БЛОКИРУЮЩЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Хамраев Б.У., Хамраев А.Ш., Акрамов В.Р.,
Ахмедов Ш.Ш., Юсупов С.Ю.
(БухГМИ, ТМА)

Переломы бедренной кости являются одной из причин острой травматической болезни, патогенез которой сочетает механическое разрушение опорно-двигательного сегмента, потерю биомеханического баланса и соматические изменения, характерные для травматического шока. Лечение эффективно в алгоритме развития болезни: фиксация отломков, восстановление длины и оси сегмента с минимальной хирургической агрессией, купирование патофизиологического синдрома, в том числе и его биохимической составляющей.

Ключевые слова: перелом бедренной кости, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез.

СОН СУЯГИ СИНИШИНИ БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ УСУЛИ БИЛАН ДАВО- ЛАШДАГИ ТАЖРИБА

Сон суюгининг синиши ўткир травматик касалликнинг сабабларидан бири бўлиб, унинг ривожланиш патогенези мушак-скелет тизимининг механик бузилиши, биомеханик мувозанатнинг издан чиқиши ва травматик шокка хос бўлган умумий соматик ўзгаришлар билан кечади. Ушбу синишларни касалликнинг ривожланиш алгоритмида даволаш – суюк синиқларини маҳкамлаш, минимал жаррохлик усули билан сегментнинг узунлиги ва ўқини тиклаш, патофизиологик синдромни, шу жумладан унинг биокимёвий таркибий қисмини бузилишини олдини олади.

Калит сўзлар: Сон суюги синиши, блокловчи интрамедуляр остеосинтез.

TREATMENT EXPERIENCE WITH FEMORAL FRACTURES BY INTRAMEDULLARY BLOCKING OSTEOSYNTHESIS

Femoral fractures are one of the causes of acute traumatic disease, the pathogenesis of which combines the mechanical destruction of the musculoskeletal segment, loss of biomechanical balance and somatic changes typical of traumatic shock. Treatment is effective in the algorithm of disease development: fixation of fragments, restoration of the segment length and axis with minimal surgical aggression, and treatment of the pathophysiological syndrome, including its biochemical component.

Keywords: femoral fracture, intramedullary blocking osteosynthesis.

Актуальность. Переломы бедренной кости являются одной из причин острой травматической болезни, патогенез которой сочетает механическое разрушение опорно-двигательного сегмента, потерю биомеханического баланса и соматические изменения, характерные для травматического шока [1]. Лечение эффективно в алгоритме развития болезни: фиксация отломков, восстановление длины и оси сегмента с минимальной хирургической агрессией, купирование патофизиологического синдрома, в том числе и его биохимической составляющей [2]. Частота диафизарных переломов бедренной кости, по данным клиники ГКБ №20 города Москвы, составляет около 2,5% повреждений скелета и около 20% всех переломов бедренной кости. По данным Salminen S.T. et al. (2000), переломы диафиза бедренной кости, в среднем, составляют 9,9 на 100 тыс. населения в год и, как правило, возникают в результате механического воздействия большой силы [3]. До 80% больных получили перелом диафиза бедренной кости при дорожно-транспортных происшествиях с прямым воздействием высоко кинетического травмирующего агента. В результате непрямого механизма травмы, в том числе при падении с высоты (ката травма), переломы бедренной кости возникали в 7% случаев. Переломы диафиза бедренной кости сопровождаются обширным разрушением мягких тканей, выраженным болевым синдромом и кровопотерей. Эти факторы обуславливают частое развитие травматического шока, что требует фиксации отломков в комплексе реанимационных мероприятий в экстренном порядке. Переломы у лиц пожилого и старческого возраста, как правило, отягощены сопутствующей патологией и возрастным снижением противомикробной резистентности, и рассматриваются как серьезное повреждение, внезапно приковывающее пациента к постели, лишаящее его привычного образа жизни, резко ухудшающее качество жизни [4]. Частота послеоперационных гнойных осложнений после закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза не превышает 1,5%, несращений переломов - 5% [5]. Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез отличается сложностью хирургической техники и закрытой репозицией костных отломков. Анатомические и биомеханические особенности бедренной кости, смещение костных отломков вследствие ретракции мышц, физиологическая кривизна кости и многообразные морфологические изменения в зоне перелома затрудняют достижение репозиции отломков. Это приводит к удлинению времени операции, интраоперационной кровопотере, риску повреждения сосудисто-нервного пучка, раскалыванию стенок костной трубки, развитию синдрома жировой эмболии (СЖЭ) и ухудшению

состояния больного. Таким образом, нельзя предвидеть многочисленные сложности хирургической техники интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных переломов бедренной кости, но необходимо о них помнить и владеть способами реализации намеченной операции. Для этого следует осуществлять предоперационное планирование с оценкой общего состояния больного, особенностей механизма травмы, морфологии перелома. В результате определяется выбор тактики интраоперационной репозиции костных отломков и метода остеосинтеза.

Цель исследования - оценить эффективность интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза при переломах бедренной кости.

Материалы и методы. В 2010 - 2019 годы метод интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием применили при лечении 252 пациентов с переломами бедренной кости. Средний возраст пациентов - $42,1 \pm 12,7$ года. Мужчин - 171, женщин - 80. Изолированные переломы бедра отмечены у 231 пациента, открытые переломы - у 10. Большинство повреждений представлено простыми типами переломов (A1-B1) без тяжелых повреждений мягких тканей. Хирургические вмешательства выполняли спустя $6,9 \pm 9,3$ суток после травмы. Применяли металлоконструкции производства Igene (Китай) - 90 случаев, ChM (Польша) - 162. Длительность вмешательства составляла от 25 до 55 минут (в среднем, 36 мин). Повторные операции, связанные с перепроведением дистальных блокирующих винтов, выполнены 2 пациентам. Остаточные осевые отклонения основных фрагментов, превышающие 5° , отмечены у 21 пациента (5,1 %). Укорочение поврежденной конечности более 1 см отмечено у 4 пациентов. Результаты лечения в срок от 6 месяцев до 1 года изучены у 141 пациента (56 %). У большинства пациентов отмечены хорошие функциональные и рентгенологические результаты. Инфекционные осложнения наблюдали у 3 пациентов (2,1 %), замедленную консолидацию переломов - у 16 (11,3 %).

Результаты и их обсуждение. Отдаленные результаты лечения изучены у 252 больных с переломами бедренной кости, оперированных методом интрамедуллярного остеосинтеза различными способами. Результаты лечения оценивали по разработанной нами шкале, в которой мы предложили проводить комплексную оценку восстановления сегмента после хирургического лечения переломов бедренной кости интрамедуллярными штифтами при помощи 10 параметров. В основу положены критерии восстановления опороспособности конечности. Изменения амплитуды движений оценивали при помощи биомеханического измерения параметров движения. Результаты биомеханики и клинического анализа движе-

ний сопоставляли и оценивали в баллах (от одного до трех). Хорошим результатом считали положительный результат качества функции равновесия и полное восстановление параметров цикла шага (3 балла). Удовлетворительным результатом считали положительный результат качества функции равновесия и значительное ограничение восстановления параметров цикла шага, либо отрицательный результат качества функции равновесия и полное восстановление параметров цикла шага (2 балла). Неудовлетворительным результатом считали отрицательный результат качества функции равновесия и значительное ограничение параметров цикла шага (1 балл). Отдаленные результаты оценивали по трехбалльной системе (хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный). Хорошим результатом считалось полное отсутствие болевого синдрома при нагрузке на оперированную конечность, ходьба без дополнительной опоры, хромоты, полная амплитуда движений в коленном и тазобедренном суставах, восстановление длины конечности, отсутствие угловой деформации, наличие рентгенологических признаков заживления перелома, отсутствие биомеханических нарушений, полное восстановление трудоспособности и удовлетворение пациента оперативным лечением. Удовлетворительный результат: незначительный болевой синдром, ходьба без дополнительной опоры, ограничение движения в суставах до 15° , укорочение оперированной конечности до 2 см; угловая деформация оперированного сегмента до 7° , восстановление 3 из 4 стенок костной трубки, нарушение одного параметра биомеханической оценки опороспособности оперированной конечности, частичное ограничение трудоспособности, сомнительная удовлетворенность пациента оперативным лечением. Неудовлетворительный результат: постоянный болевой синдром при нагрузке на оперированную конечность, использование дополнительной опоры, сохранение хромоты на оперированной стороне, ограничение движений в суставах больше 15° , укорочение оперированной конечности свыше 2 см, угловая деформация оперированного сегмента свыше 7° , восстановление только одной стенки костной трубки, нарушение всех параметров биомеханической оценки опороспособности оперированной конечности, выраженное ограничение трудоспособности (инвалидность III или II группы), недовольство пациента оперативным лечением. Шкала оценки отдаленных результатов состояла из 30 баллов: хороший результат - 26-30 баллов; удовлетворительный - 18-25 баллов, неудовлетворительный - < 18 баллов. Для более детального анализа результатов, закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза диафизарных переломов бедренной

кости изучили результаты в каждой группе антеградного (83 пациента) и ретроградного остеосинтеза (33 пациента). При антеградном остеосинтезе у 71 больного (85%) получены хорошие результаты, у 9 (11%) - удовлетворительные. На рентгенограммах отмечена угловая деформация бедра кнаружи в пределах $4-6^\circ$, оперированная конечность укорочена на 0,5-1,5 см. Имелись биомеханические нарушения качества функции равновесия. У 3 больных (4%) результат признали неудовлетворительным. У 1 пациента имелась постоянная боль, ходьба с билатеральной опорой, хромота. На рентгенограммах выявлены перелом фиксатора, угловая деформация отломков кпереди на 6° , гипертрофический ложный сустав. 2 больных жаловались на постоянную боль в области перелома, выраженное ограничение движения в суставах (больше 15°); рентгенологически - восстановление только одной стенки костной трубки, биомеханическое нарушение опороспособности оперированной конечности свыше 30%. При ретроградном остеосинтезе у 21 больного (64%) получили хорошие результаты, у 7 (21%) - удовлетворительные. У 2 из них на рентгенограммах отмечена угловая деформация бедра кнаружи в $6-8^\circ$, оперированная конечность укорочена на 1-2 см. Имелись биомеханические нарушения качества функции равновесия. У 5 больных отмечена постоянная умеренная боль в коленном суставе, ходьба с дополнительной опорой, ограничение движения в коленном суставе до 15° , укорочение оперированной конечности до 2 см. У 5 (15%) больных результат оценен неудовлетворительным. 2 больных жаловались на постоянную боль в области перелома, передвигались с помощью ходунков. На рентгенограммах - угловая деформация отломков кнутри до 7° - гипертрофический ложный сустав. Все больные отмечали неудовлетворенность хирургическим лечением. 3 больных жаловались на постоянную боль в области перелома, ограничение движений в коленном суставе больше 15° ; рентгенологически - восстановление только двух стенок костной трубки. Имелось биомеханическое нарушение опороспособности оперированной конечности свыше 30%.

Выводы.

Интрамедуллярный остеосинтез бедренной кости (антеградный и ретроградный), является внутрикостным шинированием, обеспечивающим управление репаративной регенерацией в условиях рационального блокирования в зависимости от локализации и морфологии перелома.

Закрытая процедура интрамедуллярного остеосинтеза возможна при адекватных методах репозиции отломков бедренной кости на основании закономерностей их биомеханического поведения.

Анализ клинических и рентгенологических показателей восстановления функции бедренного сегмента и целостности кости пока-

зал наличие хороших результатов у 236 (93%) больных, удовлетворительных - у 13 (5%) и неудовлетворительных - у 3 (2%).

Литература.

1. Johnson K.D., Johnston D.WC, Parker B Comminuted femoral-shaft fractures: treatment by roller traction, cerclage wires and an intramedullary nail, or an interlocking intramedullary nail. J Bone Joint Surg Am.- 1999.- 66.-1222-1235.
2. Бялик Е. И. Погружной остеосинтез диафизарных переломов длинных трубчатых костей при политравме // Проблемы политравмы. Лечение множественных и сочетанных повреждений и переломов-Смоленск. -1998- С. 84-88.
3. Hoppenfeld S., Murthy V.L. treatment and rehabilitation of fractures Philadelphia etc.- 2000.- 606.
4. Каплан А.В., Махсон Н.Е. Гнойная травматология. - М.: Медицина, 1988.
5. Kempf I; Grosse A, Beck G. Closed locked intramedullary nailing: its application to comminthe femur II J. Bone Surg. Am. - 1985. - Vol; 67.

УДК 616.314-089.23:616-002.34\35-085:615.28

ПРИМЕНЕНИЕ СУПЕРСОРБИЦИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ФУРУНКУЛАХ И КАРБУНКУЛАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Хаджиев Ш.Х., Эшбадалов Х. Ю., Ешмуродов К. Е,
Холиков А.А., Фаттаева Д.Р.
(АндГМИ)

90 больных с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области разделили на 2 группы. В первой (контрольной) группе больным применяли традиционную терапию. Во второй (основной) группе дополнительно местно применяли суперсорбицид. Это позволило значительно сократить срок лечения и уменьшить частоту осложнений.

Ключевые слова: челюстно-лицевой фурункул, карбункул, микробиология, лечение.

ЮЗ – ЖАҒ СОҲАСИ ФУРУНКУЛ ВА КАРБУНКУЛ КАСАЛЛИКЛАРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА МАҲАЛЛИЙ СУПЕРСОРБИЦИДНИ ҚўЛЛАШ

Юз-жағ соҳаси фурункул ва карбункули билан 90 та бемор текширилган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган, биринчи гуруҳга анъанавий даво ўтказилган. Иккинчи асосий гуруҳга анъанавий даво билан бирга маҳаллий суперсорбицид қўлланилган. Иккинчи асосий гуруҳ беморларида ижобий маҳаллий ва умумий натижалар олган. Бу эса касалликнинг тез асоратсиз соғайишига олиб келган.

Калит сўзлари: юз-жағ соҳаси фурункул, карбункуллар, микробиология, даволаш

TVRLOYMENT SORBENT IN COMPHEX TREATMENT BOIL AND BOILDSZAW-FACIAL REGION

We have tests on 90 patients with boil zaw-facial redio. The patients into halt droop. The 1-st group did receive tradition treatment. The 2-nd group did receive dad sorbent. We have best results best results on 2 group patients it was more if fictive treatment.

Key words: maxillofacial boil, carbuncle, microbiology, treatment.

Введение. Фурункулы и карбункулы лица являются острыми гнойно-некротическими воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области (ЧЛО). Фурункулы у 64,2% больных, а карбункулы у 15,1% больных локализируются на лице.

В большинстве случаев заболевания протекают тяжело, нередко наблюдается летальность от внутричерепных осложнений от сепсиса.

Цель работы - изучить эффективность суперсорбицида при комплексном лечении больных с фурункулами и карбункулами ЧЛО.

Материалы и методы исследования. 90 больных с фурункулами карбункулами ЧЛО

поступили на стационарное лечение на 2-5 сутки заболевания, а больные с абсцедирующими формами фурункулов - на 4-5 день. Из 90 больных у 8 были карбункулы ЧЛО. Среди больных было 37 женщин и 43 мужчин в возрасте от 16 до 45 лет. Развитию фурункулов и карбункулов в основном стало выдавливание мелких гнойничков-«прыщей».

У 25 больных фурункулы и карбункулы возникали в подглазничной и щечной областях, у 18 - в области верхних и нижних губ, у 9 - в области виска и лба, у 6 - в области подбородка и шеи.

По классификации Т.П. Супиева (1972) у 38 больных были фурункулы, карбункулы в