

на 6 торакоабдоминальных ранений приходится одно абдоминоторакальное. Более половины больных поступают в приемное отделение в тяжелом состоянии. В то же время данные клинического обследования весьма неотчетливы и не соответствуют тяжести состояния. В единичных случаях могут быть признаки повреждения органов брюшной полости. Симптоматика повреждений органов грудной клетки практически отсутствует.

Проведенный анализ позволил нам сделать следующие выводы:

1. Отсутствие у больных с абдоминоторакальными ранениями клинико-рентгенологических признаков повреждений органов грудной полости обусловлено внеплевральным ходом раневого канала.
2. Диагностика абдоминоторакального ранения возможна только во время хирургической обработки раны или во время ревизии органов брюшной полости.
3. Наличие раны диафрагмы, является показанием к широкой диафрагмотомии (в случае ее технической невозможности - торакотомии) с целью ревизии полости перикарда, плевральной полости и средостения.

Список литературы:

1. Е.А. Вагнер Хирургия повреждений груди. – М.: Медицина, 1981. – 288 с.
2. Р.М. Нурмухамедов, Н.Н. Нурметов, Е.Е. Ягурский К диагностике и лечению торакоабдоминальных ранений мирного времени. _ - Бишкек: Научно-практический журнал: Хирургия, Морфология, Лимфология, -Т 6., - №11. –С.143-147.
3. Moore J.B., Moore E.E., Thompson J.S. Abdominal injuries associated with penetrating trauma in the lower chest //Am. J. Surg. – 2011. – Vol. 40. – P. 724-730.

ТҮЙІН

Е.Н. ИЛЬЯСОВ¹, А.А. КОНОНЕНКО², А.Ф. КОНОНЕНКО³, М.К. ДЖАКАНОВ⁴, К.Р. ТАЙШИБАЕВ⁵

ҚҰРСАҚ-КЕУДЕ ЖАРАҚАТТАРЫН ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ КИЫНШЫЛЫҚТАРЫ

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті^{1,2,3,4,5}, Ақтөбе
М.Ф.Д.⁴, М.Ф.К.^{2,3}

Осы мақалада құрсақ-кеуде жарақаттанулары бар науқастарды хирургиялық жолмен өткізілген емдеудің нәтижелері талданған. Жүргізілген сараптама негізінде кеуде қуысының органдарының бұзылуын уақтылы диагностикалауға және қажетті емдік шараларды өткізетін хирургиялық емдеудің оптимальды амалы таңдалды.

Негізгі сөздер: құрсақ-кеуде жарақаттанулары, кеуде қуысы, диагностика, көк ет.

SUMMARY

YE.N.ILYASOV¹, A.A.KONONENKO², A.PH.KONONENKO³, M.K.DZHAKANOV⁴, K.R.TAYSHIBAYEV⁵

THE DIFFICULTIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ABDOMINOTHORACIC WOUNDS

Marat Ospanov West Kazakhstan State Medical University^{1,2,3,4,5}, Aktobe
MD⁴, PhD^{2,3}

In the given article is made the analysis of the results of surgical treatment of patients with abdominothoracic wounds. On the basis of the analysis selected of an optimum tactics of surgical treatment which allows diagnosing damage to the organs of the thorax and carrying out the necessary treatment measures.

Key words: abdominothoracic wounds, chest, diagnosis, diaphragm.

Аннотация: В данной статье проведен анализ результатов хирургического лечения больных сабдоминоторакальными ранениями. На основании проведенного анализа выбрана оптимальная тактика хирургического лечения, позволяющая своевременно диагностировать повреждения органов грудной клетки и проводить необходимые лечебные мероприятия.

Ключевые слова: абдоминоторакальные ранения, грудная клетка, диагностика, диафрагма.

УДК 616 .831. 9-002. 7:579.873.21-078.73

Ф.А. КАБДУЛОВА

ИЗМЕНЕНИЯ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ

Областной противотуберкулезный диспансер, Кызылорда

Аннотация: Представлен анализ комплексного исследования спинномозговой жидкости у больных туберкулезом мозговых оболочек. Правильная интерпретация изменений спинномозговой жидкости может служить надежным

диагностическим критерием ранней диагностики туберкулезного менингита и своевременным началом адекватной терапии.

Ключевые слова: туберкулезный менингит, диагностика туберкулезного менингита, исследование спинномозговой жидкости.

Актуальность. Несмотря на общее снижение заболеваемости туберкулезом, частота туберкулезного менингита у взрослых остается стабильной: 0,05-0,02 на 100 тыс. населения [2,4], а летальность составляет 15-25% [1]. Туберкулезный менингит является одной из наиболее тяжелых локализаций и трудно диагностируемых форм туберкулеза. Вопросы диагностики туберкулеза мозговых оболочек или туберкулезного менингита остаются актуальными задачами фтизиатрии. Трудности своевременной диагностики туберкулезного менингита обусловлены нередко атипичным клиническим течением заболевания, связанным, в свою очередь, с измененными свойствами микобактерий и реактивности организма после широкого применения антибиотиков и химиопрепаратов [3]. Совокупности данных клинической картины болезни и использования специальных методов исследования в комплексе имеют особое значение в ранней диагностике этой тяжелой формы туберкулеза. Большое практическое значение имеет для правильной диагностики туберкулезного менингита данные о составе спинномозговой жидкости. Благоприятный исход болезни зависит, в основном, от ранней диагностики и своевременного начала адекватной терапии.

Спинномозговая жидкость (СМЖ) образуется в желудочках мозга путем пропотевания плазмы через стенки сосудов, а также секреторируется клетками сосудистых сплетений. Из желудочков она поступает в цистерны мозга и субарахноидальное пространство. За сутки образуется от 400 до 600 мл. спинномозговой жидкости. Давление цереброспинальной жидкости: -лежа: 150-200 мм.вод.ст.; -сидя: 300-400 мм.вод.ст. Плотность: 1,006-1,007; pH: 7,35-7,80. У здоровых людей СМЖ бесцветна и прозрачна. В нормальной спинномозговой жидкости содержание белка составляет 0,12-0,33 г/л, глюкозы 2,8-3,9 ммоль/л, хлориды 120-130 ммоль/л, количество клеток: 2-3 клеток/1 мкл. и реакция Панди отрицательная.

В зависимости от преимущества локализации патологического процесса и его распространенности различают три клинические формы туберкулеза мозговых оболочек и центральной нервной системы: базиллярный(базальный) туберкулезный менингит, туберкулезный менингоэнцефалит и туберкулезный цереброспинальный лептопахименингит.

Цель исследования - сравнительный анализ общеклинических и микробиологических исследований спинномозговой жидкости при туберкулезном менингите.

Материалы и методы исследования. За три года была исследована спинномозговая жидкость 31 пациента.

При исследовании спинномозговой жидкости у 12 лиц в 2010 году туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы был поставлен 6 лицам(50,0%), в 2011 году из 9 лиц поставлен 4 лицам (44,4%), а в 2012 году из 10 лиц 2(20,0%).

По клиническим формам в 2010 году из 6 лиц с туберкулезом мозговых оболочек и центральной нервной системы 5(83,3%)лицам диагностировали базальный туберкулезный менингит и 1(16,7%)туберкулезный цереброспинальный лептопахименингит. В 2011 году базальный туберкулезный менингит диагностировали у 1(25,5%) и туберкулезный менингоэнцефалит у 3(75,5%)лиц и в 2012 году базальный туберкулезный менингит у 1(50,0%) пациента и туберкулезный менингоэнцефалит у 1(50,0%) больного. При анализе клинических наблюдений и данных лабораторных исследований мы отметили следующие типичные клинические формы туберкулеза оболочек мозга: базальный туберкулезный менингит у 7 (58,3%), туберкулезный менингоэнцефалит у 4 (33,3%) и туберкулезный цереброспинальный лептопахименингит у 1 (8,4%) из 12 больных. Под нашим наблюдением находилось 12 больных с туберкулезом мозговых оболочек и центральной нервной системы в течение 2010-2012 года. Мужчины составили 6 (50%), женщины- 6 (50%) в возрасте от 16 до 60 лет. При обследовании 12 больных с туберкулезным менингитом за три года в возрасте 20-29 лет составляют 3 (25%) пациента и в возрасте 30-39 лет - 5 (42%) лиц, т.е. преобладали лица в возрасте 20-39 лет.

При микробиологических исследованиях спинномозговой жидкости в 2010 году туберкулезный менингит подтвердился у 4 лиц(66,6%) из 6. При бактериоскопическом исследовании микобактерии туберкулеза обнаружены у 2(33,3%)лиц и при бактериологическом посеве также у 2(33,3%)лиц. В 2011 году из 4 лиц с туберкулезным менингитом микобактерии туберкулеза выявлены при бактериологическом посеве у 1(25,0%) больного и в 2012 году из 2 лиц обнаружены при бактериологическом посеве у 2(100,0%). МБТ в спинномозговой жидкости выявлены бактериоскопически у 16,6% больных, методом посева- у 41,6%. Сравнительные данные выявляемости микобактерии туберкулеза при бактериоскопии и бактериологическом посеве спинномозговой жидкости представлены в таблице 1.

Таблица 1. Данные микробиологических исследований спинномозговой жидкости у больных туберкулезным менингитом

Года	2010		2011		2012		Итого	
	Абс «+»	%	Абс «+»	%	Абс «+»	%	Абс «+»	%
Бакскопия	2	33,3	-	-	-	-	2	16,6
Бак. посев	2	33,3	1	25,0	2	100,0	5	41,6
Микробиологически подтверждено	4	66,6	1	25,0	2	100,0	7	58,33
Всего больных	6	100,0	4	100,0	2	100,0	12	100,0

Результаты исследования и их обсуждение. В диагностике туберкулезного менингита большое значение имеют спинномозговая пункция и исследование спинномозговой жидкости. Уже в первом периоде заболевания можно обнаружить изменения ликвора. При базиллярном менингите ликвор прозрачный, бесцветный, вытекает

под повышенным давлением — частыми каплями или струей. Давление ликвора достигала 300—500 мм вод. ст., обнаруживалось повышение содержания белка: от 0,6 до 1,5—2 г/л, цитоз от 100 до 600 клеток в 1 мм³. Плеоцитоз в начале болезни бывает смешанным — нейтрофильно-лимфоцитарным, в дальнейшем становится лимфоцитарным. Снижен уровень глюкозы и хлоридов. Особое значение имеет содержание глюкозы: чем ниже показатель, тем серьезнее прогноз. При стоянии жидкости в ней выпадает характерная нежная паутинообразная пленка; белковые реакции Панди положительные. Типичным для туберкулезного менингита является образование фибринозной пленки (выпадение грубодисперсного белка) в виде легкой паутинки или в виде воронки. Пленка образуется через 12—24 ч стояния ликвора в пробирке. Пленка образовалась у 46% больных. Спинномозговую жидкость исследовали также методом посева на МБТ и неспецифическую флору. Микобактерии туберкулеза обнаруживали в ликворе у 58,33 % больных. Отсутствие в ликворе микобактерий туберкулеза не отвергает диагноза туберкулезного менингита. Наличие воспалительных изменений в спинномозговой жидкости — одно из неперенных условий диагностики туберкулезного менингита.

При интерпретации данных исследования ликвора большое место занимает типичный для туберкулезного менингита синдром белково-клеточной диссоциации, т.е. такие поражения, при которых застойные явления выступают на первый план (по сравнению с воспалительными). Они характеризуются высоким содержанием белка в спинномозговой жидкости, достигающим 30%, и сравнительно низким цитозом, близким к норме или незначительно ее превышающим. Эти данные всегда свидетельствуют о серьезном нарушении циркуляции спинномозговой жидкости или даже о разобщении верхнего и нижнего отделов субарахноидального пространства — так называемом блоке ликворных путей.

Для менингоэнцефалита характерно более значительное увеличение количества белка (4—5 г/л) по сравнению с базиллярной формой менингита, плеоцитоз (500-700 клеток в 1 мм³) лимфоцитарного характера, более выраженное снижение содержания глюкозы и хлоридов в ликворе.

При спинальной форме менингита, как правило, наблюдается ксантохромия (желтая окраска ликвора различной интенсивности), ликвор вытекает под небольшим или даже нормальным давлением.

Ксантохромия обусловлена, в основном, застойными явлениями в связи с наличием спаек между мягкой и паутинной оболочками спинного мозга. Доказательством ограниченной блокады субарахноидального пространства является также различный состав ликвора ниже и выше места сращения. При пункции в люмбальном отделе выявляется ксантохромный ликвор с большим содержанием белка, при субокципитальной пункции ликвор бесцветный с небольшим либо нормальным количеством белка. Клеток в ликворе много (600-800 в 1 мм³). Значительно снижено содержание глюкозы и хлоридов.

Туберкулезный менингит является одной из наиболее трудно диагностируемых форм туберкулеза. При общеклинических исследованиях спинномозговой жидкости за три года у 31 пациента туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы клинически подтвердился у 12 (38,7%) лиц. Микобактерии туберкулеза в спинномозговой жидкости микробиологическими методами выявляются при бактериоскопии лишь у 16,6% больных, а при бак.посеве у 41,6%.

Заключение. Туберкулезный менингит представляет большие трудности в диагностике, что связано с атипичным течением заболевания. Диагностика должна ставиться на основании клинической картины болезни с учетом клинических форм туберкулеза оболочек мозга. Правильная интерпретация изменений спинномозговой жидкости позволяет своевременное выявление заболеваемости туберкулезом мозговых оболочек и центральной нервной системы, так как от этого зависит эффективность лечения. Плеоцитоз, повышение общего белка, положительная реакция Панди, паутинообразная пленка при стоянии спинномозговой жидкости, снижение количества сахара, хлоридов и наличие туберкулезной палочки имеют решающее значение для подтверждения диагноза туберкулезного менингита.

Список литературы:

1. В.Ф. Елуфимова Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы у детей. Туберкулез органов дыхания, болезни легких., 2005, 1, С.3-9.
2. В.И. Литвинов, П.П. Сельцовский, И.М. Сон, Е.Я. Кочеткова Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу и организация противотуберкулезной помощи населению. М., 2000-С.213.
3. Е.Ф. Тарасова, Р.Е. Берсенева К вопросу о лечении больных туберкулезом мозговых оболочек и центральной нервной системы на современном этапе. Сборник трудов Московского НИИТ МЗ РСФСР. М., 1977, Т.81. С. 83-97.
4. М.В. Шилова, И.М. Сон Заболеваемость туберкулезом населения России. Сборник трудов, посвящ. 80-лет НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова РФ, М., 1998, Т.80, С. 14-21.

ТҮЙІНІ

Ф.А. ҚАБДОЛОВА

ТУБЕРКУЛЕЗДІК МЕНИНГИТПЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ЖҰЛЫН-МИ СҰЙЫҚТЫҒЫНДАҒЫ ӨЗГЕРІСТЕР

Қызылорда облыстық туберкулезге қарсы диспансер

Туберкулездік менингитпен ауыратын науқастардың жұлын-ми сұйықтығының кешенді зерттеу анализі көрсетілген. Жұлын-ми сұйықтығындағы өзгерістерді дұрыс талдап білу, туберкулездік менингитті ерте анықтау және уақтылы талапқа сай емді бастауда сенімді диагностикалық нышандар болып санала алады.

Негізгі сөздер: Туберкулездік менингит, туберкулездік менингиттің диагностикалау, жұлын-ми сұйықтығын зерттеу.

SUMMARY

PH.A. KABDULOVA

CHANGES OF CEREBROSPINAL FLUID IN TUBERCULOUS MENINGITIS

Regional tuberculous dispensary, Kyzylorda

The analysis of complex investigation of cerebrospinal fluid in patients with TB of medullar membrane is presented. Correct interpretation of the changes of cerebrospinal fluid may serve a reliable diagnostic criterion of early diagnostics of tuberculous meningitis and prompt onset of the adequate treatment.

Key words: *tuberculous meningitis, diagnostic of tuberculous meningitis, investigation of cerebrospinal fluid.*

УДК 616.31 - 083

К.И. АЖЕНОВА¹, Г.А. ОРАЛБАЕВА², Е.И. КОЛБАЕВ³, А.Д. КЫДЫРОВА⁴, Р.К. КУНАНБАЕВ⁵**ГИНГИВИТ КЕЗІНДЕ BLEND–A–MED PRO-EXPERT ТІС СЫҚПАСЫНЫҢ ЖӘНЕ ORAL-B PRO-EXPERT ТІС ЩЕТКАСЫНЫҢ ӘСЕР ЕТУ ТИІМДІЛІГІ**Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті^{1,2}, АқтөбеЖедел медициналық көмек ауруханасы³, АқтөбеҚалалық балалар стоматологиялық емханасы⁴, АқтөбеСтоматологиялық клиника⁵, Алматы

Аннотация. Жасы 28-ден 55-ке дейінгі 210 науқаста клиникалық зерттеулер Blend-a-med pro-expert тіс сықпасын және Oral-B pro-expert тіс щеткасын қолданудың нәтижелі екенін көрсетті. Blend-a-med pro-expert тіс сықпасын және Oral-B pro-expert тіс щеткасын 2 ай күнделікті қолдану құрамында 0,243% натрий фториді бар тіс сықпасын және қарапайым тіс щеткасын қолданумен салыстырғанда, гингивит белгілерін және қызылиек қанағыштығын нәтижелі басады.

Негізгі сөздер: *гингивит, пародонт тіндері, эмаль, натрий гексаметафосфаты.*

Маңыздылығы: Қазіргі кезде пародонт ауруларын алдын-алу стоматологияда негізгі бағыт болып табылады. Алдын алудың негізгі мақсаты аурудың пайда болуы мен дамуының себептерін жою болып табылады. Тістерді тазарту кезінде щеткамен қызылиектің күнделікті массажы алмасу үрдістерінің белсенуіне, пародонт тіндерінде қан айналымның жақсаруына септігін тигізеді. Алынған қорытындылар Blend-a-med pro-expert тіс сықпасын және Oral-B pro-expert тіс щеткасын қолданған кезде тіс жұғындысы индексі көрсеткішінің, қызылиек қанағыштығының және қабынуының төмендегенін көрсетті. Сонымен қатар гигиеналық жағдай күрт жақсарып, қызылиек жиігі кілегей қабығының ақшыл-қызыл түсі қалпына келеді. Blend-a-med pro-expert тіс сықпасын және Oral-B pro-expert тіс щеткасын 2 ай күнделікті қолдану құрамында 0,243% натрий фториді бар тіс сықпасын қолданумен салыстырғанда, гингивит белгілерін және қызылиек қанағыштығын нәтижелі әрі сенімді басады.

Қазіргі кезде пародонт ауруларының алдын алу стоматологияда негізгі бағыт болып табылады. Алдын алудың негізгі мақсаты аурудың пайда болуы мен дамуының себептерін жою болып табылады. Пародонт ауруларын алдын алудың негізі ауыз қуысының гигиенасы болып табылады. Тістерді жүйелі тазарту, жұмсақ тіс жұғындыларын алып тастау тістер эмалі жетілуінің физиологиялық үрдісіне септігін тигізеді. Гигиена заттары құрамына кіретін биологиялық белсенді компоненттер тіс және пародонт тіндерінің жағымсыз әсерлерге төзімділігін жоғарылата отырып, фосфат, кальций тұздарымен, микроэлементтермен, дәрумендермен қоректендіреді. Тістерді тазарту кезінде щеткамен қызылиектің күнделікті массажы алмасу үрдістерінің белсенуіне, пародонт тіндерінде қан айналымның жақсаруына септігін тигізеді [1,2,3].

Blend-a-med pro-expert тіс сықпасы құрамына қалайы фториді және натрий гексаметафосфаты кіреді. Қалайы фториді грамм (+), грамм (-) флораға қатысты кең спектрлі микробтарға қарсы қасиетке ие, тіс буылтығының метаболикалық белсенділігін және тіс жұғындыларының мөлшерін азайтады. Натрий гексаметафосфаты (SHMP) полифосфатты байланыс болып табылады және пирофосфат сияқты химиялық заттардың класына жатады. Өз химиялық құрылымы мен қасиеттерінің арқасында ол тістерде пигменттелген жұғындылардың түзілуіне қарсы тұрады және оны алып тастау үшін қолданылады. Натрий гексаметафосфаты - бұл құрамында орташа есеппен 21 дейін фосфатты қалдығы бар полимер. Осындай химиялық құрам өз құрамында тек екі фосфатты топтары бар пирофосфатқа қарағанда, эмаль мен дентиндегі кальций гидроксипатитіне ұқсастықты қамтамасыз етеді [4,5].

Тістерді тазарту үшін аталған сықпаның АҚШ-та, Батыс және Оңтүстік Қазақстан жағдайларында кең қолданылғанымен оның клиникалық тиімділігі зерттелген жоқ. Ақтөбе және Алматы қалаларының климатогеографиялық жағдайы, олардың экологиялық ерекшеліктері, сонымен қатар ауыз судағы фтордың оптимальды мөлшері ұқсас жағдайлары жоқ АҚШ-пен салыстырғанда аталған зерттеуді өткізуді қызықты ете түседі. Oral-B pro-expert тіс щеткасының 16 градус бұрышпен орналасқан айқасқан қылдары бар, тіс қағының биоқабығын бұза, көтере және сыпыра отырып тісаралық кеңістіктерге енеді. Power Тір күшті шығыңқы ұзын қылдары қиын енетін орындарды тазартады. Қызылиектің экстр-жұмсақ стимуляторлары қызылиекті ұқыпты тазартады және массаж жасайды. Тілді тазарту үшін кедір-бұдырлы беткей жағымсыз иісті тудыратын бактерияларды жояды. Oral-B индикаторлары-қылдары қолдану үрдісінде тіс щеткасын ауыстыратын уақыт келді деген белгі бере отырып, солғынданады[6,7].