

изменяет соотношение инвазивных и прединвазивных форм рака в пользу последних, но для этого надо обследовать всех женщин.

В данной работе следует отметить тот факт, что мы применили комплекс уникальных организационных форм скрининга РШМ. С одной стороны, это Открытый прием женщин, предложенный академиком РАН и РАМН Ю.С. Сидоренко, который позволяет на основе психологического фактора самоорганизоваться лицам с суперриском онкологического заболевания и обратиться к высококвалифицированным онкоспециалистам. С другой стороны, во время Открытого приема женщин с подозрением на патологию шейки матки сразу направляют на цитологическое исследование высокочувствительным и эффективным методом жидкостной цитологии.

Выводы.

1. Оптимизация скрининга рака шейки матки с помощью организационных форм – «Открытый прием» женщин высококвалифицированными специалистами онкогинекологами, и

совершенствованного высокоинформативного метода цитологического исследования «Жидкостная цитология» позволили в группе женщин с суперриском заболевания раком шейки матки повысить выявляемость этого заболевания в 1,8 раза.

2. Выявление таким комплексом методов заболевания в преκлинической фазе дает возможность излечить больных «сберегающими» методами, сократить сроки их лечения, снизить случаи инвалидизации и смертности, т.е. имеет также и экономический эффект.

Литература

1. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии / Я.В. Бохман. – Л., 1989.
2. Вишневская Е.Е. Ошибки в онкогинекологической практике / Е.Е. Вишневская, Я.В. Бохман. – Минск, 1994.
3. Комарова Л.Е. Профилактика и ранняя диагностика рака шейки матки / Л.Е. Комарова // Практическая медицина. – 2009. - № 4 (36). – С. 15–16.
4. Напалков Н.П., Мерабишвили В.М. // Злокачественные опухоли (по данным стран – членов СЭВ): Сборник научных работ. – Л., 1986. – С. 74–102.

5. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг / В.И. Новик // Практическая онкология. – 2002. – Т. 3. - № 3. – С. 156–165.

6. Новикова Е.Г. Ошибки в диагностике и лечении рака шейки матки / Е.Г. Новикова, Е.Т. Антошечкина // Ошибки в клинической онкологии / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. – М., 2001. – С. 422–434.

7. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии / Е.Г. Новикова [и др.]. – М., 2000.

8. Прилепская В.П. Профилактика рака шейки матки: методы ранней диагностики и новые скрининговые исследования. (Клиническая лекция) / В.П. Прилепская // Гинекология. – 2007. – Т. 9, № 1. – С. 24–28.

9. Рак шейки матки / В.В. Кузнецова [и др.] // Клиническая онкогинекология: руководство для врачей / Под ред. В.П. Козаченко. – М., 2005.

10. Самсонова М.В. Стандартные цитопрепараты бронхоальвеолярного лаважа в исследовании патологии легких / М.В. Самсонова, А.Л. Черняева // Лаборатория. – 1997. - № 6. – С. 7–9.

11. Сайгадак В.Н., Комарова Л.Е. // Вестник ОНЦ АМН России. – 1992. - № 4. – С. 43–48.

12. Подходы к организации цитологического скрининга рака шейки матки в Республике Татарстан / Р.Ш. Хасанов [и др.]. // Практическая медицина. – 2009. - № 4 (36). – С. 106–109.

13. Aumon P. // Cancer J. – 1987. – 1987. – Vol. 1. – P. 342.

С.Н. Гаврильев, В.Г. Игнатьев, Н.М. Гоголев, В.С. Гусаревич,
В.М. Михайлова, А.С. Матвеев

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ ЗОНЫ ПРИ РЕЛАПАРОТОМИЯХ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТАМИ

УДК 616.381-002-089.193.4

Представлены данные лечения 106 больных с послеоперационным перитонитом, которым проводились релапаротомии в отделении гнойной хирургии РБ№2-ЦЭМП Республики Саха (Якутия) с 2006 по 2008г. Проведен сравнительный анализ по результатам лечения 62 больных со стандартной методикой завершения операции и 44 больных с применением предложенной методики контроля операционной зоны.

Ключевые слова: релапаротомия, методика контроля операционной зоны, перитонит.

This article presents surgical treatment data of 106 patients with postoperative peritonitis, underwent numerous relaparotomies at the surgical department of Republics Center of Urgent Medical Aid in Republic Sakha (Yakutia) 2006-2008. A comparative analysis of treatment results in 62 patients with standard method of operating zone and 44 patients with application of proposed method of control of operating zone.

Keywords: relaparotomy, control method of operating zone, peritonitis.

Введение. Выполнение релапаротомий с целью коррекции послеоперационных абдоминальных осложнений не теряет свою актуальность и в на-

ГАВРИЛЬЕВ Семен Николаевич – ст. препод. МИ ЯГУ, Semen-Gav70@rambler.ru; **ИГНАТЬЕВ Виктор Георгиевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **ГОГОЛЕВ Николай Михайлович** – к.м.н., зав. кафедрой ИПОВ ЯГУ; **ГУСАРЕВИЧ Виктор Семенович** – зав. II хирургическим отделением РБ№2-ЦЭМП; **МИХАЙЛОВА Валентина Михайловна** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ, зав. отделением РБ№2-ЦЭМП; **МАТВЕЕВ Афанасий Семенович** – врач анестезиолог-реаниматолог ОРИТ РБ№2-ЦЭМП.

стоящее время [2,3,5,6,12]. Одним из вопросов, касающихся улучшения лечения, особенно при этапных вмешательствах, является выбор метода завершения операции. Встречающиеся в литературе методы лечения касаются тех моментов, когда в лапаротомной ране уже имеются гнойно-воспалительные изменения [1,5,6,7,8,10]. По данным литературы, эти изменения могут служить не только источником инфицирования, но и поддерживать гнойно-воспалительные процессы в брюшной полости [3,6,11,12], что в свою очередь ухудшает прогноз лечения.

С целью улучшения результатов лечения больных с релапаротомиями нами разработана и внедрена методика контроля операционной зоны. Это дало нам возможность оптимизировать технологию этапного хирургического лечения, позволяло диагностировать начальные проявления эвентрации на фоне перитонита и, не теряя время на инструментальные, лабораторные исследования, проводить повторные операции. При применении «максимального интервала» между релапаротомиями позволяло проводить профилактическое лечение гнойно-воспалительных изменений в

лапаротомной ране, не допуская их влияния на процессы в брюшной полости.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 106 пациентов с послеоперационным перитонитом, находившихся в отделении гнойной хирургии РБ№2-ЦЭМП Республики Саха (Якутия) с 2006 по 2008 г.

При изучении результатов стандартного завершения операции швами наглухо нами были выявлены гнойно-воспалительные осложнения лапаротомной раны в раннем послеоперационном периоде, которые сильно осложняли лечение и влияли на его исход. В связи с этим возникла необходимость разработки методики контроля операционной зоны с целью ранней диагностики и профилактики послеоперационных осложнений в лапаротомной ране.

Для определения состоятельности этих методов ушивания послеоперационной раны 106 больных разделили на 2 группы и по возрасту. I – контрольная группа – 62 пациента, у которых применялось ушивание послеоперационной раны наглухо, II – основная – 44 больных, у которых при завершении релапаротомии кожа и подкожная клетчатка оставлена неушитой при явном отсутствии гнойного воспаления и у которых использовали предложенную методику контроля операционной зоны.

Больные в трудоспособном возрасте (15-60 лет) в контрольной группе составили 82,2%, а в основной – 84,1%, по возрасту существенного расхождения между двумя группами нет ($p < 0,05$).

Для оценки тяжести состояния в наших исследованиях мы применяли шкалу APACHE II и вероятность летального исхода (ВЛИ) при послеоперационных абдоминальных осложнениях ежедневно и перед релапаротомиями [9] (табл.1).

Из таблицы видно, что удельный вес больных в обеих группах приблизительно одинаков и в обеих группах ВЛИ до 50% в большинстве случаев. У 12,3% больных без признаков сепсиса тяжесть состояния по шкале APACHE II не превышала 19 баллов (ВЛИ – 25%). Количество больных с тяжестью состояния 20-24 балла (ВЛИ-30%) – 28,3%; 25-29 баллов (ВЛИ-50%) – 33,1; 30-34 балла (ВЛИ-75%) – 17,9; 35 баллов и выше (ВЛИ-90%) – 8,4%.

Из табл. 1 видно, что больные с абдоминальным сепсисом составляют 61,4%, а с наличием признаков шока – 26,3%, что обуславливает актуальность оптимизации технологии этапного хирургического лечения перитонита при его завершении.

Дополнительно проводили микробиологическое исследование образцов биологического материала (мазки из ран, содержимое брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства) и определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибактериальным препаратам. Выделение и идентификацию возбудителей проводили стандартными бактериологическими методами. Антибиотикочувствительность микроорганизмов определяли диско-диффузионным методом на плотной питательной среде с использованием стандартных дисков с противомикробными препаратами [4].

В нашем исследовании больные были распределены также по основному диагнозу заболеваний и травм (табл.2).

Из таблицы видно, что основными причинами тяжелого течения заболеваний, требующими релапаротомии, являются: заболевания поджелудочной железы (27,4%); открытые и закрытые травмы брюшной полости (23,6%) и спаечная кишечная непроходимость (11,3%).

При анализе результатов лечения нами обнаружено, что завершение операции ушиванием лапаротомной раны наглухо часто приводит к нагноению послеоперационной раны,

эвентрации. При многократных релапаротомиях постоянно травмируются кожные края раны, которая рубцово изменяется и деформируется, а иногда и некротизируется. Нагноение раны ведет к инфильтрации её краев, что вызывает её прорезывание и вынуждает в некоторых случаях переходить на лапаростомию.

В литературе [5,7,8,10] имеются описания различных методик с применением инородных имплантатов при уже возникших гнойно-воспалительных осложнениях со стороны кожной раны. Учитывая неудовлетворительные результаты завершения операции швом наглухо, нами разработана и применена методика контроля операционной зоны с профилактикой инфекционного очага лапаротомной раны. Суть её заключается в ушивании апоневроза с обязательным захватом брюшины и оставлением кожной раны и подкожной клетчатки без ушивания, когда в ране нет явных признаков нагноения. Положительные стороны методики:

А) контроль операционной зоны на предмет появления начальных признаков эвентрации на фоне продолжающегося перитонита.

При ежедневных перевязках визуально контролируются швы на апоневрозе. Это позволяет при первых

Таблица 1

Распределение по тяжести состояния и ВЛИ (APACHE II) перед первой релапаротомией

Тяжесть состояния		Количество больных		
Баллы	ВЛИ, %	I группа (контрольная), n (M±m %)	II группа (основная), n (M±m %)	Всего, n (M±m %)
до 19	25	9(14,5±4,5)	4(9,1±4,3)	13(12,3±3,2)
20-24	30	17(27,4±5,6)	13(29,5±6,8)	30(28,3±4,3)
25-29	50	20(32,5±5,9)	15(34,1±7,1)	35(33,1±4,5)
30-34	75	11(17,6±4,8)	8(18,2±5,8)	19(17,9±3,7)
35 и выше	90	5(8,0±3,4)	4(9,1±4,3)	9(8,4±2,7)
Всего		62(58,5±6,2)	44(41,5±7,4)	106(100,0)

Таблица 2

Распределение по основному диагнозу заболеваний и травм

Характер заболеваний и травм	I группа (контрольная), N (M±m%)	II группа (основная), N (M±m%)	Всего, N (M±m%)
Заболевания поджелудочной железы	19(30,5±5,8)	10(22,7±6,3)	29(27,4±4,3)
Открытые и закрытые травмы брюшной полости	11(17,5±4,8)	14(34,1±7,1)	25(23,6±4,1)
Спаечная кишечная непроходимость	7(11,2±4,0)	5(11,4±4,8)	12(11,3±3,1)
Перфоративные язвы желудка и ДПК	7(11,2±4,0)	3(6,8±3,8)	10(9,4±2,8)
Гангренозно-перфоративные аппендициты	6(9,3±3,7)	3(6,8±3,8)	9(8,5±2,7)
Воспалительные заболевания желчевыводящих путей	5(8,0±3,4)	3(6,8±3,8)	8(7,5±2,6)
Ущемленная грыжа	3(4,6±2,7)	2(4,5±3,1)	5(4,7±2,0)
Тромбоз мезентерияльных сосудов	3(4,6±2,7)	1(2,3±2,2)	4(3,8±1,8)
Гинекологические заболевания	2(3,1±2,2)	1(2,3±2,2)	3(2,8±1,6)
Абсцесс печени с прорывом в брюшную полость	-	1(2,3±2,2)	1(0,9±0,9)
Итого	62(58,5±4,8)	44(41,5±4,8)	106(100,0)

признаках прорезывания шва, не дожидаясь явных признаков эвентрации, не теряя время на лабораторные, инструментальные исследования, решать вопрос о проведении релапаротомии, снимая психологическое напряжение хирурга от решения вопроса оперировать или нет. Промокание повязки в межперевязочный период является показанием для визуального контроля операционной зоны и принятия соответствующего решения.

Показания к применению разработанной методики контроля операционной зоны:

1) при лапаротомии по поводу продолжающегося перитонита с планируемой санацией брюшной полости;

2) при операциях, когда возникновение послеоперационных абдоминальных осложнений в брюшной полости велико, чаще у лиц пожилого и старческого возраста;

3) при сильной выраженности подкожно-жировой клетчатки, особенно у больных с эндокринологическими заболеваниями;

4) при инфицированности кожи и подкожной клетчатки во время операции;

Б) профилактика гнойно-воспалительных осложнений послеоперационной раны при многократных релапаротомиях.

Ушивание апоневроза без ушивания подкожной и кожной раны при отсутствии гнойно-воспалительных изменений позволяет проводить динамический контроль за её состоянием. Уход за раной осуществляется по принципам ведения гнойной раны. Рана заполняется тампоном с мазью Левомеколь. Благодаря этому, мы проводим профилактическое лечение вторичного инфицирования лапаротомной раны.

Предложенный метод также удобен при применении этапного хирургического лечения, так как сокращается время операции, что немаловажно для тяжелых больных и больных пожилого, старческого возраста. Применяя данную методику, мы избегаем не только гнойных процессов в ране, но и травмирования краев кожной раны, что затем без проблем позволяет наложение вторичных швов.

Результаты и обсуждение. Проведена клиническая оценка методики контроля операционной зоны в основной (44 больных) и контрольной (62 больных) группах.

В основной группе в 23 случаях планировалась программированная санационная релапаротомия, а у 21 больного - в связи с возможностью дальнейших осложнений. В табл. 3

Причины релапаротомии после неотложных операций

Причина	I группа (контрольная), N (M±m %)	II группа (основная), N (M±m %)	Всего, N (M±m %)
Перитонит	8(12,9±4,6)	23(51,7±7,5)*	31(29,2±4,4)
Внутрибрюшные абсцессы	21(33,9±6,0)	1(2,3±2,2)*	22(20,7±3,9)
Тонкокишечные свищи	12(19,6±5,0)	6(13,8±5,2)	18(17,4±3,7)
Эвентрация	3(4,8±2,7)	4(9,2±4,4)	7(6,6±2,4)
Толстокишечные свищи	4(6,4±3,1)	3(6,9±3,8)	7(6,6±2,4)
Несостоятельности анастомозов	4(6,4±3,1)**	-	4(3,8±1,8)
Желудочные свищи	2(3,2±2,2)	2(4,6±3,2)	4(3,8±1,8)
Кровотечение в брюшную полость	4(6,4±3,1)**	-	4(3,8±1,8)
Закрывшиеся стомахи и илеостомы	-	3(6,9±3,8)*	3(2,7±1,6)
Спаечная непроходимость	2(3,2±2,2)**	-	2(1,8±1,3)
Панкреонекроз	-	2(4,6±3,1)*	2(1,8±1,3)
Желчные свищи	1(1,6±1,5)**	-	1(0,9±0,9)
Ятрогении	1(1,6±1,5)**	-	1(0,9±0,9)
Итого	62 (58,5±4,8)	44 (41,5±4,8)*	106(100)
Летальность	26 (41,9±6,2)	10 (22,7±6,3)	36 (33,9±4,6)

* Достоверное отличие от контрольной группы, ** - от основной группы, (p<0,05)

представлены причины релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости.

При применении методики контроля операционной зоны по поводу разлитых гнойных перитонитов различной этиологии в 8 случаях обнаружено прорезывание шва апоневроза с гнойным отделяемым. В этих случаях санационные релапаротомии проводились сразу, а в брюшной полости обнаруживали либо продолжающийся перитонит, либо формирующийся межкишечный абсцесс, в 2 случаях - параколическую флегмону при панкреонекрозе. Применение данной методики было удобно при санационных и программированных релапаротомиях, так как швы с апоневроза снимались в течение 3 мин, а на ушивание апоневроза тратилось не больше 5 мин. Благодаря тому, что послеоперационная рана ведется как гнойная, нагноения послеоперационной раны не было ни в одном из случаев. Это можно объяснить и тем, что посеvy брались во время операции и соответственно им проводилась антибактериальная терапия. Кроме того периодически раз в неделю у больных с раны берется бактериологический посев и при необходимости проводится коррекция лечения.

При микробиологических исследованиях выделены 175 бактерий в обеих группах (рис. 1). В I группе (контрольной) - 104 бактерии, из них в 30 (48,4%) пробах выделена монокультура, в 32 (51,6%) - микро-

бные ассоциации. Двухкомпонентные микробные ассоциации выделены в 23 (37,1%), трехкомпонентные в 8 (12,9%) и четырехкомпонентные - в 1 (1,6%) пробе. Во II группе (основной) - в монокультуре выделены 21 (47,7%), 19 (43,2%) и 4 (9,1%) соответственно в 2 и 3-компонентных.

Изучение видового состава выделенных микроорганизмов показало, что при абдоминальной инфекции преобладает грамотрицательная флора, составившая в I группе 35,6% и во II группе 47,8% от всех выделенных культур (рис. 2). Среди грамотрицательных бактерий преобладали *Escherichia coli* - 21,2 и 21,1%. Неферментирующие грамотрицательные бактерии (НФГОБ) представлены двумя видами: *Pseudomonas aeruginosa* - 27,9 и 19,7%, *Acinetobacter baumannii* - 7,7 и 5,6% соответственно. Грамположительная флора представлена в основном *Enterococcus spp.* 11,5 и 9,9%; *Staphylococcus aureus* - до 7,7 и 7,0% соответственно в каждой группе.

При многократных релапаротомиях осложнений, связанных с методикой, не имели. На 10-11-е сутки больным при наличии грануляций накладывали

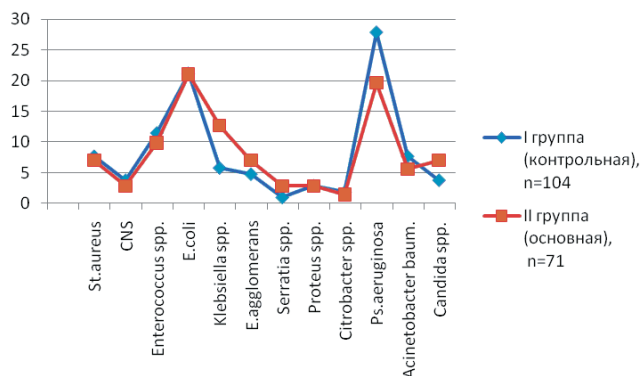


Рис.1. Этиологическая структура перитонита

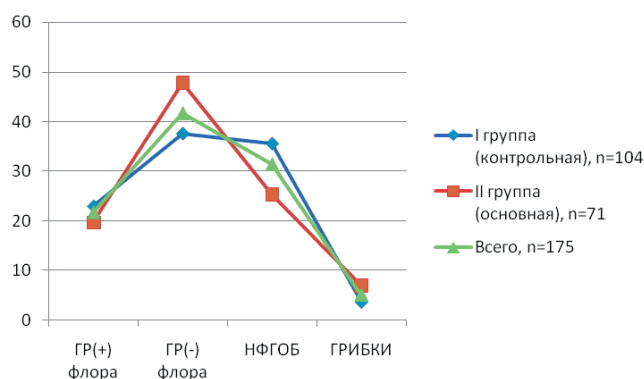


Рис.2. Сравнительный график по основным группам возбудителей перитонита

вторичные швы и разрешали ходить с бандажом. Вторичные швы снимали на 7-14-е сутки.

Из 62 больных, которым операционная рана ушивалась наглухо, на фоне воспалительной инфильтрации краев раны и прорезывания швов возникли 5 эвентраций, которые были диагностированы только при подкожной локализации. В 19 случаях операционная рана осложнилась нагноением, из них в 2 случаях флегмоной и некрозом подкожной клетчатки. В четырех случаях эвентрации возникли на фоне формировавшегося абсцесса брюшной полости.

По нашему мнению, критерием оценки эффективности предложенной методики может служить показатель количества релапаротомий (табл.4).

Увеличение количества однократных релапаротомий на 16,2% в основной группе можно объяснить тем, что благодаря применению методики контроля операционной зоны не было нагноений послеоперационной раны, вследствие чего не развились эвентрации, перитониты, абсцессы брюшной полости, что потребовало бы еще релапаротомии. При релапаротомии от 2 до 5 раз в основной группе меньше на 14,3%, чем в контрольной. Однако от 6 и выше количество релапаротомий практически одинаково. Это означает, по нашему мнению, эффективность методики при релапаротомии до 5 раз.

Таблица 4
Распределение по количеству релапаротомий

Количество релапаротомий	I группа (контрольная), N (M±m %)	II группа (основная), N (M±m %)	Всего, N (M±m %)
1	21(33,8±6,0)	22(50,0±7,5)	43(40,6±4,7)
2 – 5	30(48,4±6,3)	15(34,1±7,1)	45(42,4±4,8)
6 – 9	9 (14,5±4,4)	5(11,4±4,8)	14(13,2±3,3)
≥9	2(3,2±2,2)	2(4,5±3,1)	4(3,8±1,8)
Летальность	25(40,3±6,2)	11(25,0±6,5)	36(33,9±4,6)
Всего	62(58,5±6,2)	44(41,5±7,4)	106(100)

Другим критерием эффективности метода при диагностике послеоперационных осложнений может служить показатель срока повторных вмешательств после первой релапаротомии (табл. 5).

Среди оперированных до 2 суток в основной группе 54,5%, что на 19,4% больше, чем в контрольной. В сроки до 4 сут, наоборот, на 15,1% меньше, чем в контрольной группе. В сроки до 6 дней и выше - разницы нет. Увеличение количества операций в первые 2 сут по сравнению с контрольной группой показывает эффективность диагностики послеоперационных абдоминальных осложнений при применении методики.

При сравнении исхода лечения по табл. 4 видно, что в контрольной группе умерло 25, а в основной - 11 больных, что составило 40,3 и 25,0% соответственно.

Вывод:

1. Полученные результаты позволяют нам рекомендовать данную методику как завершающий этап оперативного лечения при перитонитах, для диагностирования эвентрации на стадии расхождения шва.

2. Использование методики контроля операционной зоны позволяет контролировать течение раневого процесса в послеоперационной ране визуально при плановых санационных релапаротомиях, может являться альтернативой в комплексном лечении перитонита.

3. Изучение видового состава вы-

деленных микроорганизмов показало, что при абдоминальной инфекции преобладает грамотрицательная флора, составившая в I группе 35,6, а во II - 47,8%.

4. Ушивание апоневроза лапаротомной раны узловыми швами создает достаточную герметичность брюшной полости и оптимальные условия для санации и дренирования подкожной раны. Простота техники исполнения данной методики значительно сокращает сроки ушивания операционной раны при релапаротомии и позволяет применять его в условиях районных больниц.

5. Данная методика позволяет наложение отсроченных вторичных швов под местной анестезией при наличии грануляций с формированием к 7-14-м сут плотного рубца.

6. Смертность при использовании разработанной нами методики по сравнению с контрольной группой снизилась на 15,3%.

Литература

1. Богомолов Н.И. Открытая лапаростома в лечении разлитого гнойного перитонита / Н.И.Богомолов, Н.Н.Богомолов, Д.В.Сафронов // Сборник международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии» (5-7 октября 2005, Ростов-на-Дону). - С.53.
2. Волков С.В. Повторные операции в плановой, экстренной абдоминальной хирургии /С.В.Волков, А.Г.Еремеев, С.В.Лебедев // Там же... - С. 116.
3. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости / В.В.Жебровский. - Симферополь: Издат. Центр КГМУ, 2000. - 192 с.
4. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам: Методическое указание. - М.: Федеральный центр госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. - 91 с.
5. Программируемые релапаротомии в лечении распространенного перитонита. Варианты тактических решений. / Савельев В.С. [и др.] // Инфекции в хирургии. 2009; 4.
6. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Перитонит. М.: Изд-во Литтера, 2006.

Таблица 5
Сроки повторных вмешательств

Дни после первой релапаротомии	Количество наблюдений		
	I группа (контрольная), N (M±m %)	II группа (основная), N (M±m %)	Всего, N (M±m %)
2	13(35,1±7,8)	12(54,5±10,6)	25(42,4±6,4)
3 – 4	14(37,8±7,9)	5(22,7±8,9)	19(32,2±6,1)
5 – 6	6(16,2±6,0)	3(13,7±7,3)	9(15,2±4,7)
≥6	4(10,8±5,1)	2(9,1±6,1)	6(10,2±3,9)
Итого	37(62,7±6,3)	22(37,3±6,3)	59 (100,0)

7. Способы завершения операции при перитоните /Б.К.Шуркалин [и др.] // Хирургия. – 2000. - № 2. – С. 13-17.

8. Шаров А.И. Роль релапаротомии в лечении послеоперационных абдоминальных осложнений и некоторых хирургических заболеваний: автореф. дисс... канд.мед.наук / А.И. Шаров. - М., 2004.

9. APACHE – acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. / W.A. Knaus [et al.] // Crit. Care Med. – 1981. – Vol.9. – P.591 – 597.

10. Bondar V.M. Lavage in the Treatment of Experimental Intra-abdominal Infection. / V.M. Bondar, C. Rago, F.J. Cottone. // Arch. Surg. – 2000. – Mar. – Vol. 135, №3. – P. 309-314.

11. Open management of the abdomen and planned reoperations in severe bacterial peritonitis. / K. Bosscha [et al.] // Eur. J. Surg. – 2000. – Jan. – Vol. 166 (1). – P. 44-49.

12. Postoperative complication of the temporary abdominal surgery. / J.C. Mayberry [et al.] // Arch. Surg. – 1998. – Vol. 133, №12. – P. 1370-1371.

Д.С. Бессчастный, Ю.М. Подкорытов, О.В. Ключников

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЯХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

УДК 616.314-073.756.8

Изучение изменений оптической плотности костных элементов височно-нижнечелюстного сустава при синдроме болевой дисфункции у больных с частичным отсутствием зубов, со снижением высоты нижнего отдела лица выявило наличие морфологических изменений элементов сустава. Эти изменения выражаются в уменьшении показателей относительной оптической плотности костной ткани головки нижней челюсти и связаны со снижением функциональной нагрузки.

Ключевые слова: дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, оптическая плотность.

Studying of morphological changes of bone elements temporomandibular joint by a method of definition of optical density of a bone fabric with use of a computer tomography at patients with a syndrome of painful dysfunction temporomandibular joint is spent. Changes of indicators at investigated basic and control group are revealed.

Keywords: dysfunction temporomandibular joint, optical density.

Зубочелюстная система функционирует благодаря тесному взаимодействию ее многочисленных компонентов – зубов, периодонта, челюстных костей, височно-нижнечелюстных суставов, нейромышечного аппарата. Любые изменения структуры элементов системы вызывают изменения их функций, так как морфологическая структура неразрывно связана с функцией зубочелюстной системы в целом.

Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) встречаются у 25–65% населения [1,3]. По данным разных авторов, клинические признаки дисфункции ВНЧС можно выявить у 14-40 % всего населения [6,8]. При этом частота дисфункций возрастает по мере увеличения возраста пациента и потери жевательных зубов. Развивающиеся функциональные и морфологические нарушения вследствие частичного отсутствия зубов, снижения высоты нижнего отдела лица также нередко приводят к дезорганизации деятельности жевательной мускулатуры и функциональным на-

рушениям височно-нижнечелюстного сустава, вследствие чего изменяется нагрузка на сустав. Учитывая, что наличие полноценных зубных рядов является необходимым условием для поддержания нормального минерального обмена костной ткани нижней челюсти и ее гистоструктуры, а также что жевание является важнейшим физиологическим раздражителем, поддерживающим трофику костной ткани, представляется чрезвычайно интересным и актуальным изучить изменения ВНЧС при его дисфункции путем определения оптической плотности его костных анатомических элементов. Выявить влияние синдрома болевой дисфункции ВНЧС на состояние его костных анатомических элементов очень сложно, так как визуальная оценка рентгенограмм очень субъективна и зависит от многих факторов – от способности врача зрительно воспринимать рентгенологическую картину патологического процесса, от клинического опыта специалиста, его знаний и т.п.

Определение оптической плотности костной ткани с использованием метода компьютерной томографии позволяет не только исключить субъективные факторы при изучении томограмм, но и получить количественное выражение имеющихся изменений костной ткани в динамике, что позво-

ляет своевременно провести реабилитационные мероприятия и оценить результаты лечения.

Целью нашего исследования было изучение изменений оптической плотности костных элементов ВНЧС при синдроме болевой дисфункции у больных с частичным отсутствием зубов со снижением высоты нижнего отдела лица.

Материал и методы. Обследовали 25 пациентов (17 женщин и 8 мужчин) в возрасте 20–55 лет с дисфункцией ВНЧС при частичном отсутствии зубов со снижением высоты нижнего отдела лица; они составили основную группу. В качестве контрольной группы нами обследованы 16 чел. (10 женщин и 6 мужчин) в возрасте 20–40 лет с интактными зубными рядами.

Обследование больных проводили по схеме, включающей сбор анамнеза, осмотр лица и полости рта, мануальную функциональную диагностику, изучение диагностических моделей челюстей в артикуляторе, рентгеновскую компьютерную томографию ВНЧС с последующим определением относительной оптической плотности его костных элементов.

КТ-исследование проводили с помощью рентгеновского компьютерного томографа "Somatom AR C" ("Siemens", Германия). Для анализа элементов

БЕССЧАСТНЫЙ Денис Сергеевич – ассистент кафедры ортопед. стоматологии ИГМУ; **ПОДКОРЫТОВ** Юрий Михайлович – к.м.н., доцент ИГМУ; **КЛЮШНИКОВ** Олег Владимирович – к.м.н., ассистент кафедры ортопед. стоматологии ИГМУ.