Эффективность лечения пиелонефрита, во многом зависит от эффективности терапии сахарного диабета. На фоне субкомпенсированного или декомпенсированного сахарного диабета вторичное сморщивание почки и хроническая почечная недостаточность развиваются относительно быстрее. Согласно данным патологоанатомических заключений хроническая почечная недостаточность в 18% случаев является причиной смертности в РФ [1].

Цель: изучение взаимосвязи сахарного диабета и пиелонефрита.

Материалы и методы

Нами было проведено исследование 390 медицинских карт пациентов, страдающих хроническим пиелонефритом по данным трех поликлиник города Казани, из них 77 мужчин и 313 женщин.

Диагноз хронического пиелонефрита установлен в соответствии с клинической классификацией Н.А. Лопаткина и В.Е. Родомана на основании результатов клинического, лабораторного и ультразвукового обследований. Лабораторное исследование включало общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам, биохимическое исследование крови, с определением уровня креатинина, мочевины, глюкозы, общего белка. Рентгенологические методы обследования проводились по показаниям.

Результаты и их обсуждение

На момент нашего исследования у 217 больных хроническим пиелонефритом (55,6%) был установлен диагноз сахарного диабета. Из этих больных у 122 (56,2%) наблюдался сахарный диабет 1го типа, у 95 (43,8%) сахарный диабет 2го типа.

Нами проведен однофакторный дисперсионный анализ и доказано с достоверностью 95% (Fрасчетная – 6,94 = Fst – 6,94) влияние сахарного диабета на развитие пиелонефрита. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Фактор	Градация	Сила влияния
Сахарный диабет	Есть	35,3%
	Отсутствует	28,15%

У 106 (86,8%) больных сахарным диабетом пиелонефрит протекал с частыми обострениями, т.е. 3 и более раза в год.

Николай Алексеевич Лопаткин классифицировал хронический пиелонефрит по трем фазам течения: активного воспаления, латентного течения и ремиссии. Целью лечения является достижение стойкой и длительной ремиссии заболевания. Нами проведен анализ эффективности проводимой терапии в условиях поликлинической службы города Казани. После проводимой терапии фазы ремиссии удалось добиться у 225 (57,7%) больных. Фазы латентного течения у 146 (37,4%) больных, из них 112 страдали сахарным диабетом (76,7%). У 19 (4,9%) больных не смотря на длительное лечение, улучшения со стороны клинических проявлений заболевания и лабораторных показателей не наступило. Среди последних наблюдался сахарный диабет 1го типа.

Выводы

Таким образом, проанализировав все вышеизложенное можно сделать несколько выводов:

1. Наличие сахарного диабета способствует развитию пиелонефрита с достоверностью 95% (F расчетная – 6,94 = Fst – 6,94). Сила влияния этого фактора 35,3%.

2. Активизация хронического пиелонефрита во многом зависит от стабильности сахарного диабета и эффективности его терапии. В свою очередь активное течение пиелонефрита способствует декомпенсации сахарного диабета.

3. Пиелонефрит на фоне сахарного диабета, особенно 1го типа более устойчив к антибактериальной терапии.

4. У 4,9% больных страдающих пиелонефритом какого-либо эффекта от проводимого лечения не наступает, что связано с декомпенсацией сахарного диабета.

5. С целью профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний почек скрининг ИМП при СД должен проводиться ежегодно.

Все вышеизложенное доказывает значительное влияние не только сахарного диабета на течение пиелонефрита, но и роль пиелонефрита в декомпенсации сахарного диабета. Для достижения высокой эффективности лечения пиелонефритов среди больных с сахарным диабетом необходимо учитывать стадию сахарного диабета и рекомендовать консультацию эндокринолога.

Список литературы

1. Анализ заболеваемости хронической почечной недостаточности в Республике Татарстан / О.Н. Сигитова, Р.А. Надеева, В.А. Закирова, Е.В. Архипов, А.Г. Щербакова // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89, № 4. – С. 553-557.

2. Батурин В.И. Особенности течения пиелонефрита и его лечения у больных сахарным диабетом // Врачебное дело. – 1984. – № 9. – С. 51-54.

3. Волович Л.Л. Пиелонефрит у больных сахарным диабетом: материалы Всесоюзного съезда нефрологов. – Минск. 1974. – С. 227.

4. Пытель А.Я. Пиелонефрит / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. – М.: Медицина, 1977. – 287 с.

5. Совалкин В.И. Особенности клиники и течения хронического пиелонефрита у больных сахарным диабетом / Совалкин В.И., Поташова Т.М.: матер. конф.: сб. ст. – Омск, 1998. – Вып.4. – С. 146-149.

6. Совалкин В.И. Инфекционно-воспалительные заболевания почек у больных сахарным диабетом: дис. … д-ра мед. наук. – Омск, 1999. – 274 с.

7. Состояние, проблемы и перспективы развития Российской урологической службы / О.В. Кривонос, Е.И. Скачкова, В.А. Малхасян, Д.Ю. Пушкарь // Урология. – 2012. – № 5. – С. 5-12.

8. Тиктинский О.Л. Воспалительные неспецифические заболевания мочеполовых органов. – Ленинград: Медицина кн. изд-во, 1984. – С. 5-192.

9. Тиктинский О.Л. Пиелонефриты / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинина. – СПб.: Медиа Пресс, 1996. – 240 с.

10. Baldvin A.D., Root H.F. Infections of the upper urinary tract in the diabetic patient // New Engl.L Med. – 1940. – Vol. 223. – № 7. – P. 244-250.

11. Hansen R.O. Bacteriuria in diabetic and non-diabetic outpatients // Acta Med. Scand. – 1964. – Vol. 176. – P. 721-730.

12. Jemni L. Pyelonephritis among diabetics / Jemni L., Bahn F., Zorgni A., et al. // Ther. Infec. Diseases. – 1991. – Vol. 6, 3-4. – P. 123-128.

КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ

Гусейнов А.А.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия, e-mail: alishka23ddt@mail.ru

Цель исследования

Лечение ложных суставов трубчатых костей остается актуальной проблемой травматологии и ортопедии. Наряду с остеосинтезом костных отломков необходима активация нарушенного остеогенеза. Известно множество видов костной пластики с заместительной, опорной и остеоиндуцирующей целью. Аутопластика предпочтительней из-за отсутствия проблем, связанных с совместимостью, консервацией и поиском пластического материала. Широкое применение нашла пластика скользящим аутотрансплантатом по Хахутову, заключающаяся в формировании двух продольных трансплантатов, которые меняют

местами, и больший из них перекрывает зону ложного сустава. Наряду с очевидными преимуществами, данный способ имеет и недостатки: 1) при получении трансплантатов не исключен выход линии остеотомии за пределы намеченного; 2) толщина диска циркулярной пилы делает ширину линии остеотомии более 1 мм, и чем больше контакт между трансплантатами и их ложем с одной стороны, тем шире щель с другой; 3) из-за утолщения или истончения концов костных отломков, толщина полученных трансплантатов неодинакова с обеих сторон, и при перемене местами наружные поверхности их и ложа не совпадают, что меняет контур кости с нарушением качества последующего накостного остеосинтеза.

Материалы и методы

Нами разработано и успешно апробировано два способа костной пластики, первый из которых (патент на изобретение 2524977 от 10.06.2014 г.), заключается в следующем. После репозиции костных отломков выполняют их продольную остеотомию двойной циркулярной пилой. Затем одинарной пилой продолжают линию остеотомии с каждой из двух сторон трансплантатов и соединяют концы этих линий под острым углом. После смены мест трансплантатов для предупреждения их вторичного смещения и усиления адаптации к костному ложу, легким постукиванием по их торцовой поверхности (используя в качестве переходника лезвие остеотома) вклинивают их в конгруэнтное костное ложе, а между ними и между одной из их двух боковых сторон и костным ложем плотно внедряют костную щебенку, источниками получения которой служат заостренные края внутренней поверхности извлеченных из костного ложа трансплантатов и избыточные костные напластывания утолщенных концов костных отломков.

Преимуществами данного способа остеопластики являются: 1) прецизионность взятия трансплантатов с исключением растрескивания кости; 2) заклинивание заостренных концов трансплантатов постукиванием по их торцовой поверхности; 3) плотный контакт между трансплантатами и костным ложем, что, кроме устойчивости их фиксации, обеспечивает лучшие условия остеогенеза; 4) рациональное использование излишков костной ткани, полученной при моделировании концов костных отломков; 5) полное соответствие аутотрансплантатов и краев костного ложа с исключением нарушения контура кости и снижения качества последующего остеосинтеза.

На VIII Международном биотехнологическом Форуме-выставке «РосБиоТех-2014» в Москве данный способ получил Диплом и Золотую медаль.

И, тем не менее, как традиционному способу Хахутова, так и его модификациям, свойственны существенные недостатки: 1) относительно большая протяженность скелетирования костных отломков с уменьшением их кровоснабжения; 2) ослабление прочности костных отломков при их распиливании; 3) высокие требования к технике операции с ее неэффективностью при растрескивании или неконгруэнтности полосок аутотрансплантатов, поскольку распиленные концы костных отломков обычно уже не годятся для того чтобы что-то исправить или применить другой способ остеопластики.

Поэтому был предложен и другой способ свободной костной пластики (патент на изобретение № 2534524 от 02.10.2014 г.), заключающийся в следующем. Послойно достигают зоны ложного сустава трубчатой кости, иссекают хрящевую и рубцовую ткани между костными отломками, удаляют замыкательные пластинки и сверлами восстанавливают проходимость облитерированных костномозговых каналов. Затем расширяют концы отломков конусовидной фрезой или зенковкой, при отсутствии которой можно раззенковать концы костных отломков боковыми режущими гранями сверла при круговых движениях электродрели. При взятии кортикально-губчатого аутотрансплантата используют сдвоенную циркулярную пилу, диаметром 5 см и расстоянием между ее дисками от 1 до 2 см. Сформировав две параллельные линии остеотомии, сдвоенную пилу заменяют одинарной пилой, диаметром 3,5 см, а концы линий остеотомии продолжают в обе стороны и соединяют между собой. Полученный аутотрансплантат подгоняют по длине и ширине к костномозговому каналу костных отломков и плотно внедряют одним из концов в костный отломок. Затем нанизывают другой костный отломок на заостренный конец аутотрансплантата, для чего нужно его оттянуть и наклонить, а если этого недостаточно, то формируют паз на его краю, через который и заводят заостренный конец аутотрансплантата. Если есть укорочение кости, то его компенсируют увеличением длины ромбовидного аутотрансплантата. При выполнении накостного остеосинтеза пластиной на винтах, для усиления компрессии на стыке костных отломков при рациональном использовании продолговатых отверстий в пластине винты необходимо вводить от периферии к центру пластины. При этом последними вводят винты через средние отверстия пластины, захватывая ими и аутотрансплантат.

Преимуществами данного способа костной пластики являются: 1) прецизионная точность взятия аутотрансплантата и сведение к минимуму механического ослабления донорского участка; 2) надежное заклинивание трансплантата в костномозговом канале обоих костных отломков, обусловленное его ромбовидностью; 3) возможность компенсации укорочения кости, обусловленная увеличением длины аутотрансплантата; 4) плотный контакт между костными отломками и аутотрансплантатом, что, кроме стабильности и устойчивости фиксации костных отломков, обеспечивает оптимальные биологические условия для остеогенеза; 5) продолговатая форма аутотрансплантата при заклинивании его в костномозговом канале обеспечивает ротационную стабильность костных отломков и оставление просвета костномозгового канала, что существенно для оптимального течения эндостального репаративного остеогенеза.

Результаты и обсуждения

Данные способы костной аутопластики эффективны, просты и экономичны, а их успешная апробация позволяет рассчитывать на более широкое внедрение в практику лечения больных с ложными суставами трубчатых костей.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА

Даллакян Л.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: levon969696@mail.ru

Труд медицинских работников стоматологического профиля связан с наличием значительных профессиональных рисков, вызванных повышенной нервно-эмоциональной напряженностью, воздействием ряда неблагоприятных для здоровья производственных факторов, в числе которых: зрительное и эмоциональное напряжение, вынужденная рабочая