



переломов костей носа) и в судебной- медицинской практике при определении степени вреда здоровью необходимо учитывать характер последствий такого рода травм.

Литература:

1. Волков А.Г., Бойко Н.В., Быкова В.В., Жданов В.Г. Совершенствование способов остановки носового кровотечения. Вестник оториноларингологии, 4.2010.-с.9-12.
2. Козлов В.В. Судебно- медицинское определение тяжести повреждений. Изд-во Саратовского университета, 1976.-253с.
3. Пальчун В.Т. Клинические нормы неотложного состояния в оториноларингологии. Вестник

оториноларингологии 5.2008.-с.4-6.

4. Русецкий Ю.Ю., Чернышенко И.О, Богатишев В.И., Буянов А.П, Сапаргалиева К.З. Эпидемиологические аспекты переломов костей носа в условиях современного промышленного города. Вестник оториноларингологии, 3.2007-с.27-29.
5. Свадковский Б.С. Учебное пособие по судебно- медицинской стоматологии. Медицина. М.,1974.-174с.
6. Суриков Е.В., Иванец И.В. Клинико-анатомическая характеристика травм носа. Вестник оториноларингологии, 5.2009.-с.30-32.
7. Умарова В.М. Юридические аспекты оформления документации для проведения судебно- медицинской экспертизы при травме ЛОР- органов. Вестник оториноларингологии,3.2008.-с.59-60.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

В.М. Мадьяров

Казахстанский медицинский университет, г. Алматы

Резюме. Выявлены особенности возрастно-половой структуры больных по видам кишечной непроходимости, характеру сопутствующих заболеваний, сроков их поступления до оперативного вмешательства, а так же виды оперативных вмешательств с острой кишечной непроходимостью определяют специфические особенности наличия данной патологии среди населения.

Resume. Thus, the peculiarities of the age-sex structure of the distribution of patients by type of intestinal obstruction, the nature of concomitant diseases, the duration of their admission to surgery and the types of surgical interventions with acute intestinal obstruction determine the specifics of the presence of this disease among the population.

Проведен анализ 2650 больных с острой непроходимостью кишечника, находящихся на лечении в хирургических отделениях клиники НУО "Казахстанский медицинский университет", АО "Санаторий Казахстан" (госпиталь МВД), БСМП (больница скорой медицинской помощи), ЦГКБ (центральная городская клиническая больница), хирургическое отделение клиники Новгородского государственного университета с 1976 по 2007 годы.

Все больные с острой непроходимостью кишечника распределены по полу, возрасту, характеру сопутствующих заболеваний, по срокам от начала заболевания до оперативного вмешатель-

ства и характеру оперативных вмешательств. Распределение больных по локализации и возрасту представлена в таблице 1. Из приведённых в таблице 1 данных видно, что из 2650 больных с ОНК у 1797 пациентов (67.8%) возраст не превышает 60 лет. Причём преобладают пациенты с острой спаечной кишечной непроходимостью - 1855(70%) больных. Далее больные с динамической кишечной непроходимостью - 339 (12.8%) и больные с обтурационной кишечной непроходимостью - 275 (10.4%), из которых у 161 (58.7%) обтурация обусловлена злокачественными новообразованиями.



Таблица 1

Распределение больных по виду острой кишечной непроходимости и возрасту.

Вид кишечной непроходимости	Количество больных					Всего	
	До 40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61-70 лет	Старше 70 лет		
Острая спаечная непроходимость кишечника	398 (15.0%) (67.6%)	471 (17.8%) (77.7%)	468 (17.7%) (77.7%)	313 (11.8%) (69.1%)	205 (7.7%) (51.2%)	1855 (70%)	
Острая странгуляционная кишечная непроходимость	77 (2.9%) (13.1%)	20 (0.8%) (3.3%)	41 (1.5%) (6.8%)	23 (0.85%) (5.1%)	4 (0.15%) (1.0%)	165 (6.2%)	
Острая обтурационная кишечная непроходимость	42 (1.57%) (7.1%)	45 (1.7%) (7.4%)	45 (1.7%) (7.5%)	48 (1.8%) (10.6%)	95 (3.6%) (23.8%)	275 (10.4%)	
Инвагинация	9 (0.3%) (1.5%)	3 (0.1%) (0.5%)	2 (0.06%) (0.35%)	1 (0.03%) (0.2%)	1 (0.03%) (0.2%)	16 (0.6%)	
Динамическая кишечная непроходимость	63 (2.37%) (10.7%)	67 (2.5%) (11.1%)	46 (1.74%) (7.65%)	68 (2.6%) (15.0%)	95 (3.6%) (23.8%)	339 (12.8%)	
Всего Больных	Абс.	589	606	602	453	400	2650
	%	22.2%	22.9%	22.7%	17.1%	15.1%	100

Значительное количество больных - 1569 (59.2%) страдали сопутствующими заболеваниями. Характер сопутствующих заболеваний у больных с острой кишечной непроходимостью показывает, что впервой группе больных имели: гипертоническая болезнь - 25,1%; общий атеросклероз - 18,1%; ишемическая болезнь сердца - 19,9%; хронические обструктивные заболевания легких - 7,6%; сахарный диабет - 6,9%; цир-

роз печени - 4,2%; хронический пиелонефрит - 11,7%; ожирение - 6,5% (таблица 2).

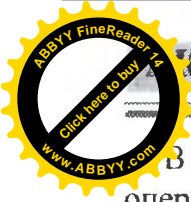
Необходимо отметить, что у некоторых больных имело место сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

В первые 2 -3 часа доставлена 50,8% больных со всеми видами кишечной непроходимости; до 24 часов - 29,6% ; свыше 24 часов - 19,6%.

Таблица 2

Характер сопутствующих заболеваний у больных с острой непроходимостью кишечника у больных.

Характер сопутствующих заболеваний	Количество больных	
	Абс.	%
Гипертоническая болезнь	394	25.1
Общий атеросклероз	284	18.1
Ишемическая болезнь сердца	313	19.9
Хронические обструктивные заболевания лёгких	119	7.6
Сахарный диабет	108	6.9
Цирроз печени	65	4.2
Хронический пиелонефрит	184	11.7
Ожирение	102	6.5
Всего больных	1569	100



В таблице 3 представлены основные виды полнены больным с ОКН. оперативных вмешательств, которые были вы-

Таблица 3

Виды оперативных вмешательств у больных с острой кишечной непроходимостью.

№ п/п	Вид оперативного вмешательства	Количество больных	%
1.	Резекция тонкого кишечника с интубацией тонкой кишки	118	13.8
2.	Резекция тонкого кишечника без интубации	118	13.8
3.	Висцеролиз, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника	199	23.4
4.	Висцеролиз без назоинтестинальной интубации тонкого кишечника	53	6.3
5.	Резекция толстого кишечника с выведением одноствольного ануса (резекция типа Гарману)	41	4.8
6.	Наложение обходного анастомоза	14	1.6
7.	Выведение двухствольного ануса	15	1.8
8.	Деторсия без мезосигмо-, сигмопликации при мегадолихосигме	29	3.4
9.	Деторсия без мезоцеко-, цекопликации при саесум mobile	10	1.2
10.	Деторсия с мезосигмо-, сигмопликацией при мегадолихосигме	39	4.6
11.	Деторсия с мезоцеко-, цекопликацией при саесум mobile	11	1.3
12.	Дезинвагинация	13	1.6
13.	Резекция тонкого кишечника с выведением энтеростомы (типа Майдля)	20	2.4
14.	Назоинтестинальная интубация тонкого кишечника при динамической непроходимости	50	5.9
15.	Энтеротомия с удалением инородного тела, желчного камня, фито-, трихобезоара	31	3.6
16.	Колотомия с удалением инородного тела, фито-, трихобезоара.	44	5.2
17.	Операция Гартмана	34	4.0
18.	Выведение одноствольного ануса без резекции толстого кишечника	11	1.3
	Всего операций	850	100



более частым видом оперативного вмешательства является: висцеролиз, назоинтестинальная интубация тонкого кишечника - 23,4%; резекция тонкого кишечника с интубацией тонкой кишки - 13,8%; резекция тонкого кишечника без интубации - 13,8%; назоинтестинальная интубация тонкого кишечника при динамической непроходимости - 5,9%. На долю которых приходится - 63,2%.

Таким образом, выявлены особенности растно-половой структуры распределения больных по видам кишечной непроходимости, характеру сопутствующих заболеваний, сроков их поступления до оперативного вмешательства, а также виды оперативных вмешательств с острой кишечной непроходимостью определяют специфические особенности наличия данной патологии среди населения.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛИЗИНОПРИЛА В СОЧЕТАНИИ С ИНДАПАМИДОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Абдулакимова Д.А., Юсупова Г.С., Калиев Р. Р.

*Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. академика Мирсаида Миррахимова .
Кафедра терапии общей практики с курсом семейной медицины
(зав. каф. - д.м.н., профессор Калиев Р.Р.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Резюме. Цель исследования - оценка эффективности лизиноприла (диротон, "Гедеон Рихтер", Венгрия) в сочетании с индапамидом (PRO.MED.CS, Praha a.s.) у больных артериальной гипертонией (АГ) II и III степени с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2-го типа. Обследованы 33 больных с АГ II и III степени с сопутствующим СД 2-го типа, находящихся на диспансерном учете в ЦСМ № 7 г. Бишкека. На фоне 12-ти недельного курса лизиноприла по 40 мг/сут с индапамидом 2,5 мг/сут по данным суточного мониторирования (СМАД) снизилось как систолическое, так и диастолическое АД. Комбинированный прием в суточной дозе лизиноприла 40 мг с индапамидом 2,5 мг оказывал достоверное снижение вариабельности среднесуточного диастолического давления (СДАД). На фоне 12-ти недельного лечения лизиноприла с индапамидом установлено значимое снижение содержания сахара в крови у больных АГ с сопутствующим СД 2-го типа.

Ключевые слова: артериальная гипертония, лизиноприл, индапамид, суточное мониторирование АД

Корутунду: Изилдөөнүн максаты-кан басымы жогору болгон, өнөкөт кант оруусу коштолгон орулуларда лизиноприл (диротон, "Гедеон Рихтер", Венгрия) менен индапамид дарысынын таасирин баалоо. Бишкек шаарындагы № 7 үй-бүлөлүк даарылоо борборунда диспансердик көзөмөлдө турушкан кан басымы жогору II и III даражадагы, өнөкөт кант оруусу коштолгон 33 ооруну текшердик. 12 жума бою оорунулар суткасына 40 мг лизиноприл жана 2,5 мг индапамид дарысын алышты. Кан басымын суткалык монитор жардамында байкадык. Анын негизинде толугу менен систоликалык жана диастолалык кан басымы төмөндөдү, ошондой эле суткасына 40 мг лизиноприл жана 2,5 мг индапамид дарысын бирге алышкан оорунуларда өзгөрүмдүү ортосуткалык диастолалык кан басымынын төмөндөгөнү байкалды. Кант оорусу менен кан басымы жогорулаган оорунуларда кандын составындагы кант көрсөткүчү нормал деңгээлине чейин түштү, б.а. лизиноприл менен индапамид дарысы бирге кант алмашуу процессине пайдалуу таасирин тийгизеери аныкталды.