

5. Al-Salem A.H. Congenital hernia of Morgani in infants and children/ A.H. Al-Salem // J Pediatr. Surg 2007 №9-Vol 42-P 1539-1543.
6. Guschiere A. Anorectal anomalies associated with or as part of part of other anomalies. EUROCAT Working Group / A. Guschiere // Am. J Med. Genet 2002-Vol 15, №2, P-122-130.
7. Gibbin C. Abdominal wall defect and congenital heart disease / C.Gibbin, S.Touch, R.E. Broth [et al.] // Ultrasound Obstet Gynecol, - 2003. Vol. 21, №4, P. 334-337.
8. Kubota A. Focal intestinal perforation in extremely-low-brith-weght neonates etiological consideration from histological finding / A.Kubota, [et al.] // Pediatr. Surg. Int. 2007 oct-Vol 23, №10. P -997-1000.
9. Tonks A. Congenital malformations of the diaphragm/ Findings of the west Midlands Congenital Anomaly Register 1995 to 2000 / A. Tonks [et al.] // Diag 2004-Vol 24.8. P 596-604.

Рефераты

ВРОДЖЕНІ ВАДИ РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ СЕРЕД НОВОНАРОДЖЕНИХ МІСТА БАКУ Сейдібекова Ф.О.

Був проведений аналіз частоти зустрічаємості вроджених вад розвитку (ВВР) по місту Баку за 2000-2011 роки. Було виявлено 1070 новонароджених з різними ВВР. З них в 150 випадках був поставлений діагноз ВВР ШКТ. Так само було виявлено, що ВВР ЖКТ частіше зустрічається серед хлопчиків (59,0%). Було відмічено, зростання таких патологій як пілоростеноз від 0,8 випадків на 10000 новонароджених в 2005 році до 2,8 випадків в 2011 році, атрезії анусу від 1,4 випадку до 2,4 випадків.

Ключові слова: частота зустрічаємості, вроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту, новонароджені.

Стаття надійшла 7.05.2013 р.

CONGENITAL ANOMALIES OF THE GASTROINTESTINAL TRACT AMONG THE NEWBORN IN BAKU CITY Seyidbekova F.O.

The analyses of frequency of the occurrence of congenital anomalies was conducted in Baku in period for 2000-2011 years. For this period of time the 1070 newborn are educed with different congenital anomalies/ from them in 150 cases was diagnosed congenital anomalies of gastrointestinal tract. The height of such pathologies, as pylorostenosis, was marked that 0,8 cases on 10000 new born in 2005 year to 2,8 cases in 2011 year of the anus from 1,4 to 2,4 cases. These indexes once again talks about actuality of this theme.

Key words: frequency of the occurrence, congenital anomalies of gastrointestental tract, newborn.

Рецензент Траверсе Г.М.

УДК 616.716-001-007.2-08-089

М.Г. Скикевич, Л.И. Волошина ВУЗ України "Українська медичинська стоматологічна академія", г. Полтава

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА И ДЕФОРМАЦИЙ

Вследствие топографо-анатомических особенностей клинические проявления травм средней зоны лица чрезвычайно многообразны и сложны. Имеет место серьезность прогноза для общего состояния организма. При этом основной задачей для диагностики и планирования лечения таких пострадавших является в каждом индивидуальном случае получение точного представления об наличии поврежденной костной и мягкотканной структуры лица.

Необходимы мероприятия жизнеобеспечивающего характера, выявление и прогнозирование различных последствий травмы. Возможны случаи запоздалого обращения к врачу с уже развившимися осложнениями. Важно оптимальное программирование комплексного лечения и создание индивидуальных аппаратов. Метод стереолитографии значительно расширяет возможности современной костно-пластической хирургии и будет способствовать внедрению в практику новых видов имплантатов.

Ключевые слова: травма средней зоны лица, статистика, комплексное обследование, хирургическое лечение, деформации, осложнения.

По данным литературы за последние годы показатель общего травматизма значительно вырос - на 10-17%. Наблюдается рост удельного веса и тяжести сочетанных повреждений [3]. В общей структуре травматизма сочетанные повреждения средней зоны лица составляют до 50-70% [4]. Актуальной общемедицинской проблемой остается лечение пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области. Доля переломов средней зоны лица, среди переломов лицевого скелета варьирует от 19 до 40% и нередко сопровождаются массивными разрушениями, а по распространенности занимают второе место, уступая только переломам нижней челюсти [5].

По данным российских авторов ежегодно регистрируется 12-15 млн. травм, основная их масса повреждений приходится на опорно-двигательный аппарат (80%), удельный вес переломов костей челюстно-лицевой области колеблется от 2,5 до 8% по данным различных авторов [1].

В связи с топографическими и анатомо-функциональными особенностями расположения и взаимодействия с другими отделами черепа, повреждения средней зоны чаще всего носят множественный и сочетанный характер, что и является показанием к комплексному подходу лечения данного вида повреждений [2].

Верхней границей средней зоны лицевого скелета является условная линия, проведенная от лобно-скулового шва с одной стороны до

лобно-скулового шва противоположной стороны, проходящая через лобно-носовую и лобно-верхнечелюстные швы, а нижней границей - окклюзионная плоскость верхней челюсти. При одновременном повреждении костей носа, решетчатой кости и других костей средней зоны лица эти повреждения объединяются диагнозом травмы средней зоны лица [1,5].

Сочетанные и множественные повреждения челюстно-лицевой области относятся к наиболее тяжелым видам травм, а их клинические проявления обусловлены развитием синдрома взаимного отягощения, который усугубляет течение болезни и приводит к значительному увеличению осложнений. Как правило, при сочетанных

травмах повреждения костей лица выявляют несвоевременно. На фоне же черепно-мозговых повреждений особенно тяжело протекает сочетанная травма лица.

Клинические признаки переломов в области средней зоны лица детально описаны в отечественной литературе. Не вызывает сомнений наличие переломов при следующей клинической картине: ушибленные раны, выраженный отёк мягких тканей, наличие гематом в скулоорбитальных, носолобной областях, крепитация костных отломков, экзофтальм или эндофтальм, ликворея, нарушение окклюзии и носового кровотечения [5,6].

Целью работы было изучить причины развития посттравматических деформаций средней зоны лица с целью совершенствования оказания специализированной помощи пострадавшим и профилактики развития осложнений.

Материал и методы исследования. Проведен анализ историй болезни **45** больных с механическими повреждениями средней зоны лица, находившихся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии Полтавской областной клинической больницы и **1** больной с посттравматической деформацией средней зоны лица.

При обследовании обязательно учитываются жалобы пострадавшего, данные анамнеза, сроки первичного обращения в лечебное учреждение. Выясняли обстоятельства получения травмы, характер оказания первой медицинской помощи, а также квалифицированной и специализированной помощи. Уделяли внимание перенесённым и сопутствующим заболеваниям, которые могли оказать влияние как на план консервативного лечения, так и на план хирургического лечения и послеоперационный период.

Обследование всех пострадавших проводилось по плану для постановки окончательного клинического диагноза: рентгенографическое обследование (рентгенограмма черепа в **2-х** или **3-х** проекциях, КТ черепа), осмотр челюстно-лицевого хирурга; нейрохирурга, невропатолога; офтальмолога, оториноларинголога; осмотр травматолога. При сочетании травмы средней зоны лица с черепно-мозговой травмой сразу же при поступлении больного в приёмное отделение выполняли КТ головы с целью выявления или отсутствия отёка мозга и наличия или отсутствия внутричерепных гематом. В большинстве наблюдений КТ интересующей нас области - методом выбора.

Результаты исследования и их обсуждения. Наиболее часто пациентами были лица молодого возраста от **20** до **40** лет, преимущественно мужского пола. Мужчины составляли - **81,7%** с травмой средней зоны лица.

Имеет место преобладание бытовой травмы **67%**, второе место занимает транспортная травма и её последствия (табл.1).

Изучение сроков поступления больных в челюстно-лицевое отделение с травмами средней зоны лица показало, что только **49%** пострадавших поступают в первые сутки - фактически половина пациентов, **31%** в течение вторых-третьих.

Больные с диагнозом перелома скуловой кости поступают в первые сутки - **15%** от числа госпитализированных с перелом средней зоны лица. Черепно-мозговая травма диагностирована у **75,1%** больных. Анализ диагнозов у больных с травмой средней зоны лица выявил, что в **65,5%** случаях характер повреждения челюстно-лицевой области был недооценен.

Анализ ошибок и осложнений показывает, что на каждом этапе лечения встречаются социальные, диагностические, лечебные и организационные погрешности, которые отрицательно влияют на процесс реабилитации, а это приводит к возникновению посттравматических деформаций, дефектов средней зоны лица.

Консервативное лечение показано при переломах без смещения, при смещении, которое не сопровождается деформацией челюстно-лицевой области, а также при отсутствии функциональных нарушений. Ортопедическое лечение (двучелюстное шинирование) было проведено в **79%** случаев. Комбинированные методы (хирургическое+ортопедическое) использованы у **5%** пациентов.

Таблица 1

Особенности повреждений челюстно-лицевой области

Бытовая травма		67%
Поступление в специализированное отделение	в 1-е сутки	49%
	во 2-3 сутки	31%
ЧМТ диагностирована		75,1%
Проведено ортопедическое лечение		79%
Проведено комбинированное лечение		5%

Часто регистрируются переломы внутренней стенки орбиты - **34,5%** (у **20** пациентов). В числе потенциальных осложнений вследствие травмы задних ячеек решетчатого лабиринта в связи с анатомо-топографической близостью были диагностированы повреждения зрительного нерва с последующим развитием его атрофии- **3** наблюдения. Зарегистрированы нарушения обонятельной функции, вследствие поражения обонятельного нерва **2** клинических случая, а также **-2** наблюдения травматического дакриоцистита.

Переломы нижней стенки орбиты были диагностированы у **31,1%** пациентов. Изолированный перелом нижней стенки - у **16,2%** пациентов.

Диспозиция глазного яблока вследствие смещения костных отломков в гайморову пазуху была диагностирована у **1** пациента (табл.2).

Таблица 2

Переломы средней зоны лица с повреждением стенок орбиты

Перелом внутренней стенки орбиты	34,5%
Перелом нижней стенки орбиты	31,1%
Изолированный перелом нижней стенки	16,2%

Затруднять диагностику могут кровоизлияния в верхнечелюстную пазуху, в том числе подслизистые гематомы, смещение в неё костных отломков.

Необходимо отметить осложнения, которое возникает в послеоперационном периоде-это смещения костных фрагментов, которые приводит к развитию посттравматических деформаций. По нашим данным этот вид осложнений наблюдался у **5,5%** больных с переломами скуловых костей, которым проводилось вправление фрагментов с помощью крючка Лимберга.

При исследовании клинического материала нами выявлен ряд причин развития посттравматических деформаций: - плохая диагностика данного вида повреждений на догоспитальном этапе; - недостаточная подготовка врачей медицинского профиля, скорой медицинской помощи, травматологических пунктов, стоматологических поликлиник; - отсутствие необходимого объёма знаний и навыков по черепно-лицевой травматологии у врачей, отсутствие необходимого диагностического и лечебным оборудования в ряде клиник, медикаментов, устаревшее диагностическое оборудование, отсутствие трансплантационных материалов; - позднее поступление пострадавших и позднее оказание как первой, так и специализированной медицинской помощи; - выбор лечебной тактики; - невозможность получения комплексного лечения из-за отсутствия в лечебном учреждении специалистов достаточной квалификации и специализации, лечение не в профильных стационарах, где повреждениям челюстно-лицевой области не уделялось внимания.

Для иллюстративности приводим клиническое наблюдение лечения пациентки Ц. **44** лет с деформацией средней зоны лица после ДТП и неадекватного лечения политравмы (фото).

Пациентке был поставлен диагноз: перелом верхней челюсти по среднему типу (Ле-Фор-2), смещение средней зоны лица в сагиттальном направлении назад. Объективно: средний отдел лица смещён и уплощён за счет смещения назад срединного фрагмента. Изучение деформации лица проводилось по стереолитической модели.

Выбор комплекса лечебных мероприятий определялся индивидуальными особенностями пострадавшей с учётом данных общего и местного статуса. Лечение складывалось из нескольких этапов: операция под общим обезболиванием - кровавая репозиция отломков с их последующей фиксацией к головной шапочке; перед оперативным вмешательством был изготовлен внутри- и внеротовой аппарат с целью постоянного вытяжения фронтального фрагмента; изготовлена маска лица, оттиски с челюстей; отлиты модели челюстей с фиксацией в положении центральной окклюзии; внутриворотная конструкция накладывалась на верхнюю челюсть с постоянной проверкой подвижности фрагмента верхней челюсти в послеоперационном периоде и сила вытяжения.

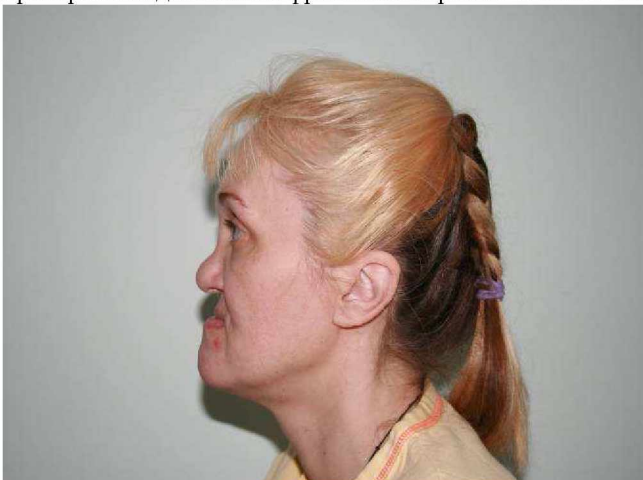


Фото Посттравматическая деформация. а) вид пациента в профиль,



б) метод стереолитографии.

Выводы

1. В большинстве случаев точный диагноз перелома костей средней зоны лица можно поставить используя только клиническую симптоматику при достаточной квалификации врача.
2. При лечении больных с травмами средней зоны лица нужно стремиться к созданию оптимальных условий для заживления ран и предупреждения развития посттравматических деформаций.
3. Средние сроки стационарного лечения больных зависят от вида травмы, тяжести повреждений средней зоны лица и составляют в среднем **15** дней.

Литература

1. Бельченко В.А. Реконструкция верхней и средней зон лица у больных с посттравматическими деформациями и дефектами лицевого скелета с использованием аутотрансплантатов мембранозного происхождения и металлоконструкций из титана : дис. ... д. мед. н.: специальность 14.00.21 «Стоматология» / В.А.Бельченко // – М., 1996. – 463 с.
2. Еолчян С.А. Краниофациальная травма / С.А. Еолчян, А.А. Потапов, Ф.А. Ван Дам [и др.] // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. – М., 2002. – С. 313-364.
3. Кашлян В.А. Лечение и реабилитация детей с сочетанными переломами скулоглазничного комплекса : дис. ... к. мед. н. : специальность 14.00.21 «Стоматология» / В.А. Кашлян // – М., 2004. – 138 с.

4. Рогинский В.В. Реабилитация детей с сочетанной травмой лица и других областей / В.В. Рогинский, А.А. Седых, Н.Н. Коринская [и др.] // – М., 1999. – С. 123.
5. Рыбальченко Г.Н. Клиническая характеристика, диагностика и лечение больных с травмой средней зоны лицевого черепа : дис. ... к. мед. н. : специальность 14.00.21 «Стоматология» / Г.Н. Рыбальченко // – М., 2000. – 134 с.
6. Трунин Д.А. Травмы средней зоны лица : монография / Д.А. Трунин // – М., 2001. – 163 с.

Реферати

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПОЄДНАНОЇ ТРАВМИ СЕРЕДНЬОЇ ЗОНИ ОБЛИЧЧЯ

Скікевич М.Г., Волошина Л.І.

Внаслідок топографо-анатомічних особливостей клінічні прояви травм середньої зони обличчя надзвичайно різноманітні і складні. Має місце серйозність прогнозу для загального стану організму. При цьому основним завданням для діагностики та планування лікування таких постраждалих є в кожному індивідуальному випадку отримання точного уявлення про пошкодження кісткової і м'якотканинних структури особи. Необхідні заходи життєзабезпечуючого характеру, виявлення та прогнозування різних наслідків травми. Можливі випадки запізнілого звернення до лікаря з уже розвиненими ускладненнями. Важливо оптимальне програмування комплексного лікування і створення індивідуальних апаратів. Метод стереолітографії значно розширює можливості сучасної кістково-пластичної хірургії та сприятиме впровадженню в практику нових видів імплантатів.

Ключові слова: травма середньої зони обличчя, статистика, комплексне обстеження, хірургічне лікування, деформації, ускладнення.

PARTICULARITIES OF TREATMENT OF ASSOCIATED TRAUMA OF MID-FACE AND DEFORMITIES

Skikeych M.G., Voloshyna L.I.

Due to the topographic anatomical clinical manifestations, mid-face injuries are extremely diverse and complex. The prognosis for the general state of body might be severe. The main task for the diagnostics and treatment planning of the injured is to obtain an accurate idea about changes in bone and soft-tissue structures of the face. Life-saving measure are of vital importance as well as detection and prediction of the effects of various injuries. There might be cases of delayed visits to doctor which lead to complications. Efficient planning of complex treatment and creation of individual mechanisms/system are crucial for the proper diagnostics and successful treatment. Stereolithography method significantly enhances modern osteoplastic surgery and facilitate introduction of new types of implants.

Key words: trauma of the mid-face, statistics, comprehensive examination, surgical treatment, deformity, complications.

Стаття надійшла 30.03.2013 р.

Рецензент Ткаченко П.І.

УДК: 575.113:616.12-008.331.1:618.19-006.6-055.2(477)

Л.Є. Фішук, Н.Г. Горюченко

ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН», Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шуька, м. Київ

ВПЛИВ ПОЛІМОРФНОГО ВАРІАНТА C-108Т ГЕНА PON1 НА РИЗИК РОЗВИТКУ ГІПЕРТОНІЧНОЇ ХВОРОБИ АБО РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК З УКРАЇНИ

Представлено результати визначення поліморфного варіанту C-108Т гена PON1 у 131 жінки з раком молочної залози (РМЗ), у 131 жінки з гіпертонічною хворобою (ГХ) та у 102 здорових жінок (група контролю). Встановлено, що поліморфний варіант C-108Т гена PON1 впливає на ризик розвитку ГХ та РМЗ у жінок з України, зокрема: 1) наявність алелю T-108 у гомо- чи гетерозиготному стані більше ніж у 2 рази підвищує ризик виникнення ГХ у жінок після 54 років; 2) наявність C-108С генотипу за геном PON1 у жінок після 54 років зменшує ризик виникнення РМЗ майже у 3 рази, а наявність C-108Т генотипу за геном PON1, навпаки, підвищує ризик розвитку РМЗ у 3 рази.

Ключові слова: PON1, поліморфізм гена, рак молочної залози, гіпертонічна хвороба.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи «Молекулярно-генетичні механізми розвитку та перебігу судинної та онкологічної патології» (№ державної реєстрації 0110U2199).

Утворення вільних радикалів при оксидативному стресі є одним із універсальних патогенетичних механізмів при різноманітних пошкодженнях клітин. Тому оксидативний стрес пов'язують зі старінням, канцерогенезом, атерогенезом та іншими процесами. Одним з вагомих факторів, які сприяють формуванню оксидативного стресу, є зниження активності параоксонази – ферменту, що приймає участь в метаболізмі окиснених форм ліпідів.

Фермент параоксоназа 1 (PON1, ЕС 3.1.8.1) – це протеїн масою 43 кДа, який складається з 354 амінокислотних залишків. Він є найбільш вивченим членом родини ферментів, до якої також належать підтипи PON2 і PON3. Фермент PON1 є Ca²⁺-залежною гідролазою з широкою субстратною специфічністю, що синтезується в печінці і секретується в плазму де тісно зв'язується з комплексом ліпопротеїдів високої щільності (ЛПВЩ) [9, 12]. Відомо, що параоксонази, шляхом гідролізу окиснених фосфоліпідів клітинних мембран, запобігають окисній модифікації ліпопротеїдів низької щільності (ЛПНЩ), знижують утворення пероксидів, пригнічують продукцію цитокінів та адгезію моноцитів до ендотеліальної поверхні [4]. Протективна роль PON1 також полягає в участі ферменту у метаболізмі гомоцистеїн-тіолактону – метаболіту гомоцистеїну, який є цитотоксичним для організму [19].

В результаті ряду досліджень було показано, що рівень активності даного ферменту може відрізнитись у різних індивідів в десятки разів [5]. Значна частина цих відмінностей обумовлена поліморфізмом гена параоксонази 1. PON1 – ген, що кодує фермент параоксоназу 1, локалізований на довгому плечі хромосоми 7q21.3. На сьогоднішній день описано більше 200 поліморфних варіантів гена PON1, які пов'язані, в основному, з наявністю однонуклеотидних замін в його кодуєчій частині або промоторній області.