бини тавсифлаш, юз-жағ жарроҳлиги ихтисослиги бўйича ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш хизматини ривожлантиришнинг асосий йўналишларини аниқлаш ва бу ўз навбатида , юз-жағ соҳаси шикастланишларининг олдини олиш имконини яратади.

Калит сўзлар: юз-юз жарроҳлиги, жағ синиши, жароҳат, касаллик тарихи.

Резюме. Был проведен ретроспективный анализ 825 историй болезни пациентов, проходивших лечение в отделении травматологии (челюстно-лицевой хирургии) Самаркандского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с различными травматическими повреждениями костей лицевого скелета, за 2021 – 2023гг. Определены основные половозрастные группы населения, подверженные травмам челюстно-лицевой области. Полученные данные позволяют охарактеризовать структуру травматизма челюстно-лицевой области в городе Самарканде, определить основные направления развития службы по оказанию специализированной медицинской помощи по специальности челюстно-лицевая хирургия, выделить направления для профилактики травматизма челюстно-лицевой области

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, переломы челюстей, травма, история болезни.

Resume. A retrospective analysis of 825 case histories of patients treated in the Department of traumatology (maxillofacial surgery) of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care with various traumatic injuries of the bones of the facial skeleton for 2021-2023 was carried out. The main age and gender groups of the population exposed to injuries of the maxillofacial region have been identified. The data obtained allow us to characterize the structure of injuries of the maxillofacial region in the city of Samarkand, to determine the main directions of development of the service for the provision of specialized medical care in the specialty of maxillofacial surgery, to identify areas for the prevention of injuries of the maxillofacial region.

Keywords: maxillofacial surgery, jaw fractures, trauma, disease history.

УДК: 004.9: 616.315-007.254-053.1:378.17-375.172

ПРИОРИТЕТЫ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА В РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН

Махкамов М.Э., Артикбаев М.Б, Муртазаев С.С., Нигматов Р.Н.
Юлдашев Т.А., Тулаганов Б.Б.
Ташкентский государственный стоматологический институт

Сравнительный анализ результатов лечения больных с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба (ВРГН), направленного на предотвращение вторичных деформаций челюстно-лицевой области, свидетельствует об отсутствии единых рекомендаций по регламенту лечения. В Узбекистане не выработаны единые критерии и методы оценки результатов лечения и не проводились работы по сравнению результатов реабили-

тации детей с данной патологией. Внедрение единой системы оценки результатов, при помощи которой открываются возможности для интеграции в общеевропейскую систему стандартизации результатов лечения, является актуальной задачей детской стоматологии.

Одним из приоритетных направлений отечественной медицины является также информатизация (компьютеризация) здравоохранения на всех уровнях (10,11,12).

Наиболее перспективной представляется задача использования средств информационно-компьютерной поддержки в комплексной системе диагностического обследования пациентов с ВРГН для последующей ее интеграции в комплекс реабилитационных мероприятий, включающей участие специалистов различного профиля (социальный работник, психолог, педагог, педиатр, хирург, ортодонт, логопед и др.). Это позволяет наблюдать за реабилитацией ребенка с самых ранних стадий лечения, корректировать методику лечения и, следовательно, повышать эффективность реабилитации в условиях специализированного центра.

Общие принципы построения компьютерных систем достаточно подробно рассмотрены в специальной литературе (1,3,5,9).

При применении сложных систем возникают трудности в процессе анализа многообразия изучаемых факторов. И системный подход отражает растущее понимание того, что современная медицина вынуждена иметь дело не с одним, а одновременно с рядом объектов и сложных уровней их организации.

Таким образом, в комплексной реабилитации пациентов с ВРГН используется не только объёмная, но и весьма разнотипная информация. Информационные потоки с аналогичными характеристиками используются и в других прикладных областях реабилитации таких пациентов. Манипулирование подобной информацией сопряжено с большими трудностями. Для определения и преодоления этих трудностей необходима организация специальных систем хранения разнородной информации и реализации процедур сортировки, поиска данных по запросам различной сложности и т.д. Такие системы носят название информационных баз данных (1,2,7).

Одним из важных компонентов обеспечения качества является разработка информационно-интеллектуальных систем, способствующих развитию и значимости этапной восстановительной помощи (4,6,8).

Внедрение компьютерной техники в медицинскую практику предопределяет использование специальных программ по информационному обеспечению специализированных лечебных учреждений, по сбору и хранению информации для активности диспансеризации, что до настоящего времени не было сделано.

Цель исследования

Разработка регистрационно-статистической программы повышения эффективности организации диспансерного наблюдения и лечения детей с ВРГН.

Материал и методы

Рассмотрим внешний вид основных экранных форм, с помощью которых осуществляется работа с созданной нами базой данных (БД) – это описание характеризует все функции данной программы, а именно количество вводимых данных, возможности редактирования, анализа и др.

На рисунке 1 показана экранная форма (ЭФ) «Окно управления». Эта форма появляется первой и служит для выбора дальнейших действий с программой, таких как:

1. «Ввод и добавление данных» – ввод первичных данных пациента.

2. «Поиск, корректировка и печать» – возможность внесения исправлений в уже существующие данные, поиск пациента, ввод и корректировка этапов операций, и наконец, распечатка данных.

3. «Отправка/Приём данных» – зарезервированная часть для переноса данных на другой компьютер на внешнем носителе в заданном формате, а также по сетевым коммуникациям.

4. «Анализ данных» – позволяет провести анализ по заданным критериям.

5. «Записать и выйти» – запись всех внесённых изменений на компьютер и выход из программы БД.

Рис. 1. Окно управления.

Рисунок 2 демонстрирует ЭФ «Вводите данные». Эта форма появляется после выбора из ЭФ «Окно управления» кнопки «Ввод и добавление данных», а также после поиска, о чём будет указано ниже. Как мы видим, эта форма состоит из 5 страниц: «Личное», «Папа», «Мама», «Диагноз при рождении» и «Диагноз при поступлении». В данном случае представлена страница «Личное», в неё вписываются основные сведения о больном, регион проживания, статус семьи, какой по счету ребёнок и от какой беременности, причём уже на этом этапе ввода осуществлена выборка стандартных параметров (пол, дата рождения, статус семьи, регион проживания), то есть, во-первых, данные можно использовать для анализа, так как исключается неверная запись (например, вместо «Ташкент» можно ввести «г. Ташкент». Для компьютера это означает совершенно разные регионы, и анализ по регионам будет искажён). Ввод «какой по счету ребёнок» и «от какой беременности» выполнен в виде счётчика (стрелка вверх +1, стрелка вниз -1) причём невозможно задать число меньше 1 и количество беременностей менее чем число задающее, какой по счету ребёнок, что также исключает возможность некорректного ввода. Внизу этой страницы имеется кнопка «Этапы операции» для вызова соответствующей ЭФ.

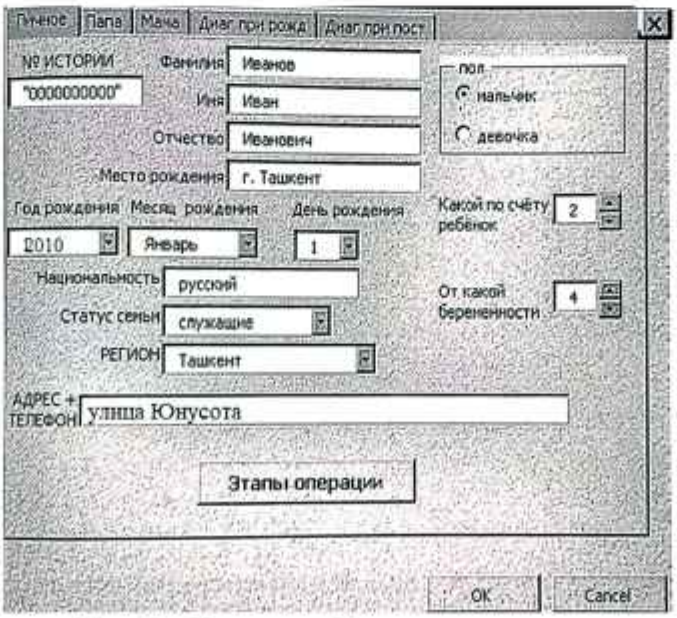

Рис. 2. «Ввод и добавление данных».

Страницы «Папа» и «Мама» практически идентичны и отражают личные данные родителей. Мы рассмотрим страницу «Мама», представленную на рис. 3, так как при прочих показателях необходимо учитывать заболевания у матери, которые могли повлиять на внутриутробное развитие ребенка. Мы видим, что, помимо основных данных, здесь учитываются наследственность, вредные привычки, вредная среда на работе и (только для матери) заболевания. При выборе отягощённой наследственности, вредной среды и заболевания открываются поля для записи их конкретных данных.

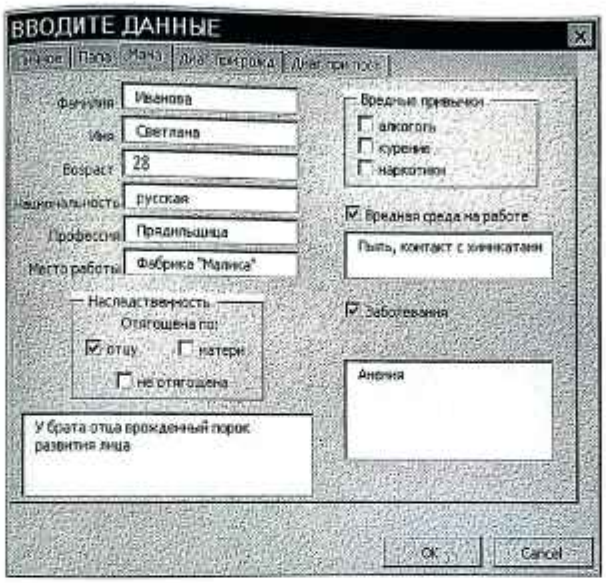

Рис. 3. «Вводите данные», страница «Мама».

Выбор в ЭФ «Окно управления» первоначально открывает перед нами ЭФ «Поиск» (рис. 4). Именно в ней мы производим поиск больного по критериям. Если в поле «№ истории болезни» введена информация, то при нажатии кнопки «Готово» программа, игнорируя все остальные критерии, отыскивает в БД историю болезни с таким номером (или сообщает, что такой истории нет) и переводит нас в уже известную ЭФ «Вводите данные», которая отличается от вышеописанной лишь наличием двух кнопок «Печать анкеты» и «Удалить из списка», назначение которых ясно из наименований, а во всех полях находятся данные выбранного больного.

На данной ЭФ представлен пример отбора данных больного мальчика, 2010 года рождения, проживающего в г. Муйнак Каракалпакстана. Кнопка «Сброс» служит для очистки критериев поиска и выдачи полного списка больных. Нажатие на кнопку «Сброс» вызывает такое же действие, как и при вводе номера истории болезни.

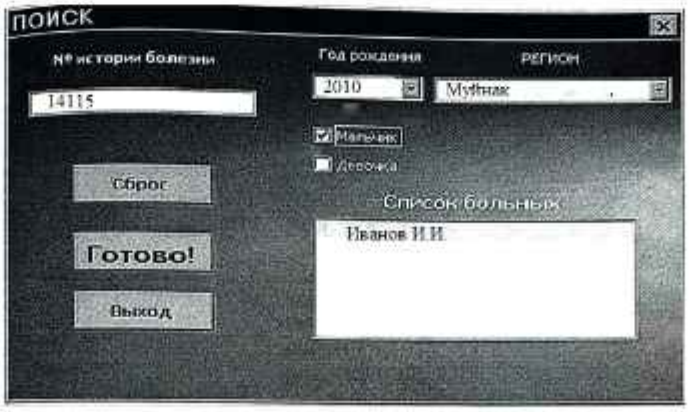

Рис. 4. Поиск данных пациента.

И, наконец, показанная на рис. 5 ЭФ «Анализ данных» позволяет нам проанализировать данные картотеки: количественный состав больных в различных регионах, каким по счету родился ребенок, по полу и диагнозу. Результат выдаётся в виде графика выбранной формы – столбчатой гистограммы или объемной круговой диаграммой (рис. 5).

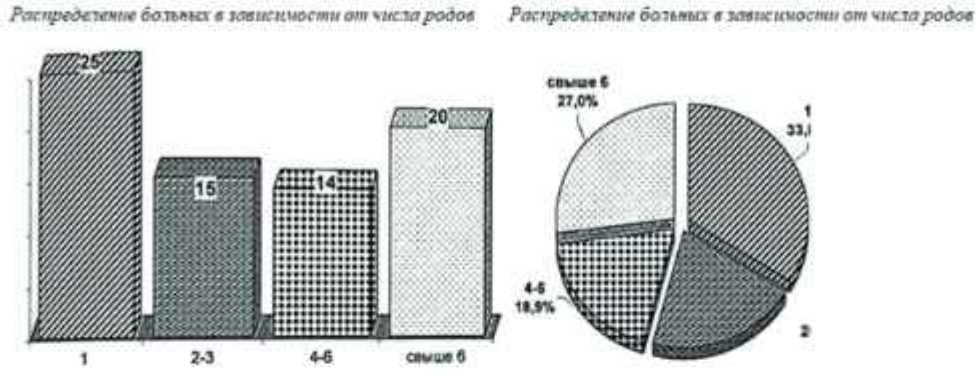

Рис. 5. Пример вывода информации для анализа.

Таким образом, разработанная и внедренная система гипертекстовой БД позволяет создавать картотеки больных детей с ВРГН, содержащих полную информацию об идентификационных данных пациента и его родителей, обеспечивает быстрый поиск в электронной памяти машины информацию о дате поступления, диагнозе заболевания, проведенных этапах операции и других данных, касающихся конкретного больного, ввести новую запись, а также вывод информационных данных как на экран монитора, так и на бумагу. Помогает работе лечащего врача в выборе правильной тактике оперативного лечения, а также обобщает результаты проведенного лечения. Способствует созданию централизованной БД по всем вопросам ВРГН, что может быть использовано как в целях отчета о проделанной работе, так и в целях научно - исследовательской работы.

Литература

1. Виссарионов В.А. Реконструктивная хейлоринопластика в системе мероприятий по медицинской реабилитации больных с врожденными расщелинами верхней губы: Дис. … д0ра мед. наук. – М., 1988. – 332 с.

2. Гоцко Е.В. Сравнительная оценка хирургического лечения врожденных расщелин верхней губы и неба: Дис. … д-ра мед. наук. – Львов, 1988. – 306 с.

3. Куличкова В.Н. Комплексная реабилитация больных с врожденной расщелиной верхней губы и неба с учетом их возраста и видов восстановительного лечения: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Екатеринбург, 1999. – 20 с.

4. Мамедов Ад.А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – Екатеринбург, 1998. – С. 10-18.

5. Мамедов Ад.А. Комплексная реабилитация больных с небно-глоточной недостаточностью и нарушением речи после уранопластики: Дис. … д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 1997. – 302 с.

6. Махкамов М.Э. Дифференциальная тактика при лечении детей с ВРГН: Дис. … д-ра мед. наук. – Ташкент, 2002.

7. Ян Л. (Jan Lilja) Лечение врожденных расщелин верхней губы и неба в Гетеборге // Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения: Сб. науч. тр. – М. МГМСУ, 2002. – С. 150-151.

8. Ross R.B. Growth of the facial skeleton following the Malek repair for unilateral cleft lip and palate // Cleft. Palate Craniofac. J. – 1995. – Vol. 32, №3. – P. 194-198.

9. Santiago P.E., Grayson B.H., Cutting C.B. et al. Reduced need for Alveolar Bone Grafting by Presurgical Orthopedics and Primary Gingivoperiosteoplasty // Cleft. Palate Craniofac. J. – 1998. – Vol. 35, №1. – P. 77-80.

10. Сбор и обработка данных реопародонтографии на персональном компьютере

IBM PC/AT. / Нигматов Р.Н., Файзуллаев С.А., Камилов Х.П., Мартиросова И.С. //Сб. научных трудов: «Итоги научных исследований по актуальным вопросам медицинской науки и здравоохранения. Выпуск № 3. Книга № 2.- г.Ташкент, 1995. –С.- 206-208.

11. Планирование конструкции мостовидного протеза при помощи ЭВМ с учетом состояния опорных зубов. / Нигматов Р.Н., Хабилов Н.Л., Кадыров Р.Х. // Медицинский журнал Узбекистана. г.Ташкент, 1999. - № 4. - С.- 48-51.

12. Стоматолог / Решение о регистрации программы для ЭВМ/ Нигматов Р.Н., Нигматов Б.Х. / Патент РУз. № DGU 00436, Государственное патентное ведомство DGU 20010042., от 17.07.2001 г.

Терапевтическая стоматология

TORCH ИНФЕКЦИЯСИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ГЕРПЕТИК СТОМАТИТНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Олимов С.Ш., Шарипова Г.И., Ходжаева Д.И.
Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқот даврида TORCh инфицирланган беморлар, Бухоро шахридаги "CARMEN PLUS"тиббиёт маркази базасида 2022–2023 йилларда олиб борилган ва Бухоро шаҳар ва туман поликлиникаларида яшаш манзили бўйича "Д" ҳисобда бўлган, жами 582 нафар TORCH вируси билан оғриган беморлар текширилди. Шулардан тадқиқот мақсадида 150 нафар TORCH-инфицирланган герпетик стоматит билан оғриган 20-35 ёшли беморлар, шундан 58 нафар бемор эркаклар, 92 нафар бемор аёллар ва 30 нафар герпетик стоматит мавжуд лекин TORCH-инфицирланмаган беморлар ҳамда 30 нафар соғлом кўнгиллилар ажратиб олинди. Чунки 582 нафар беморлар орасида асосий касаллик фонидан ташқари бир неча йўлдош касалликлари мавжуд беморлар тадқиқотдан четлаштирилди (1-жадвал).

1-жадвал

Жами текширилган беморларда учрайдиган йўлдош касалликлари

Соматик касалликлар	Беморларнинг сони	
	абс.	M ± m, %
Сурункали гастрит (А, Б)	31	15,82±2,61
Сурункали холецистит	16	8,67±2,01
Сурункали гепатит (А, В, С)	8	11,22±2,25
Сурункали панкретит	28	6,12±1,71
Сурункали пиелонефрит	13	11,73±2,30
Қандли диабет	51	14,80±2,54
Сурункали энтероколит	21	7,65±1,90
Атеросклероз	42	4,08±1,41
Гипертоник касаллик	63	6,63±1,78
Қалқонсимон без касалликлари	38	6,12±1,71