

Полиморфизм клинических проявлений и отсутствие патогномоничных симптомов препятствуют постановке диагноза на ранних стадиях, а полисистемность поражения маскирует гистиоцитоз под разнообразные заболевания. Наш опыт доказывает, что больных с дебютом гистиоцитоза могут выявить не только педиатр или врач общей практики, но и любой узкий специалист. Тщательный опрос и внимательный осмотр, при необходимости рентгенологическое исследование, характерная клиническая симптоматика помогут заподозрить это довольно редко встречающееся заболевание и своевременно направить ребенка в специализированное отделение. Это представляется возможным при наличии определенной настороженности, знании симптоматики этого заболевания практическими врачами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1 Казаков Д.В., Кемпф В., Самцов А.В. и др. Злокачественные опухоли лимфоидной ткани с поражением кожи: современные принципы диагностики и краткая характеристика основных нозологических форм // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 23-33

2 Клиническая онкогематология: Руководство для врачей / Под ред. М.А. Волковой. – М.: Медицина, 2001. – 576 с.

3 Minkov M., Grois N., Braier J., Rosso D., Arico M., Broadbent V., Gadner H., Ladisch S. Immunosuppressive treatment for chemotherapyresistant multisystem Langerhans cell histiocytosis. *Med Pediatr Oncol* 2003 Apr; 40(4):253–6

4 Kesik V., Citak C., Kismet E., Koseoglu V., Akyuz C. Hematopoietic stem cell transplantation in Langerhans cell histiocytosis: case report and review of the literature. *Pediatr Transplant* 2009 May; 13(3): 371–4

5 Weitzman S., Braier J., Donadieu J., Egeler R.M., Grois N., Ladisch S., Potschger U., Webb D., Whitlock J., Arceci R.J. 2'-Chlorodeoxyadenosine (2-CdA) as salvage therapy for Langerhans cell histiocytosis (LCH). Results of the LCH-S-98 protocol of the Histiocyte Society. *Pediatr Blood Cancer* 2009 Dec; 53(7):1271–6

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**Р.З. БОРАНБАЕВА, А.А. БАЗАРБАЕВА,
С.Г. НУКУШЕВА, Г.К. ӘБДІЛОВА, Л.Н. МАНЖУОВА,
Г.Е. БУЛАБАЕВА, Ж.А. ҚИЯЛБЕКОВА**

*Педиатрия және балалар хирургиясының
ғылыми орталығы, Астана қ.*

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАЛАЛАРДАҒЫ
ГИСТИОЦИТОЗДАРДЫҢ КЛИНИКА-ЗЕРТХАНАЛЫҚ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

2000 және 2011 жылдар арасында 57 баланың гистиоцитоздың жүрісінің ерекшеліктерінің, анамнестикалық деректерінің сараптамасы жүргізілді. Моножүйелі зақымы бар науқастар – 19,2%, азғалық дисфункциясыз мультижүйелі зақымды науқастар – 10,5%, азғалық дисфункциялы мультижүйелі зақымы бар науқастар – 70,1% құрады. Науқастардың 84,2% қаңқаграмманы зерттеу осы аурудың бар екендігін дәлелдейтін өзгерістерді анықтауға мүмкіндік берді. Гистологиялық диагноз науқастардың 90% расталды. Балаларда консервативтік терапияның қарапайым әдістеріне бағынбайтын, ұзақ болатын отиттер, атопиялық дерматиттер бар болған кезінде – ГКЛ берілмеуі керек. Клиникалық жаратылыстардың полиморфизмі мен патогномониялық белгілердің жоқ болуы ерте кезде диагноз қоюды қиындатады, ал зақымданудың полижүйелілігі гистиоцитозды әртүрлі аурулармен жауып, шатастырады.

Негізгі сөздер: Лангерганс жасушаларынан шыққан гистиоцитоз, балалар, диагностикалық өлшемдер.

S U M M A R Y

**R.Z. BORANBAYEVA, A.A. BAZARBAYEVA,
S.G. NUKUSHEVA, G.K. ABDILOVA,
L.N. MANZHUOVA, G.Y. BULABAYEVA,
Zh.A. KIYALBEKOVA**

*Scientific Center of Pediatrics and Children's Surgery,
Almaty c.*

**CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF
HISTIOCYTOSIS IN CHILDREN IN THE REPUBLIC OF
KAZAKHSTAN**

The analysis of anamnestic data and the characteristics of the course of histiocytosis in 57 children for 2000 – 2011 was conducted. Patients with monosystemic affection made up 19.2%, with multi-systemic affection without organ dysfunction – 10.5%, multi-systemic affection with organ dysfunction – 70.1%. The examination of skeletograms in 84.2% of patients allowed to reveal the changes which confirm the presence of this disease. Histologically, the diagnosis was confirmed in 90% of patients. If children have long-term otitis, atopic dermatitis resistible to conventional methods of conservative treatment, Langerhans cell histiocytosis should be excluded. The polymorphism of clinical manifestations and the absence of pathognomonic symptoms complicate the diagnosis at the early stages, and the polysystemicity of the affection disguises histiocytosis under various diseases.

Key words: Langerhans cell histiocytosis, children, diagnostic criteria.

Рецензент: заведующая отделением трансплантации костного мозга НЦПДХ, к.м.н. Тулебаева А.

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.317-085.355:577.16

В.П. РУСАНОВ, А.Т. КОСМАГАНБЕТОВА, А.Э. УРАЗАЕВА

Казахский государственный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

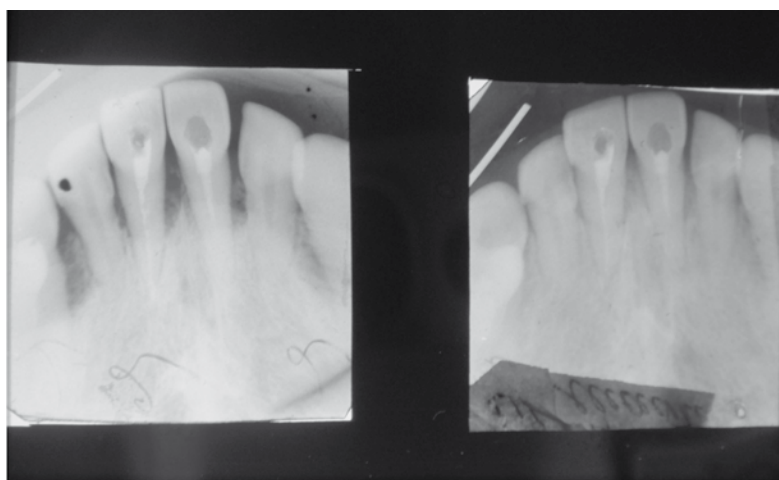
**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПА НАПРАВЛЕННОЙ РЕПАРАТИВНОЙ
РЕГЕНЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

В статье приведены обоснования и клинические результаты использования принципа направленной регенерации в хирургической стоматологии с применением предложенного нами биокомпозита и барьерной мембраны на основе аллокастного матрикса.

Ключевые слова: аллокастный матрикс, гидроксилпатит, репаративная регенерация, барьерная мембрана.

Показанием к операции остеогингивопластики с применением трансплантата и барьерной мембраны из аллокостного матрикса является хронический генерализованный пародонтит средней и тяжелой степени тяжести при наличии пародонтальных карманов более 4 мм и деструкции межальвеолярных перегородок до 2/3 их высоты.

Операция осуществляется под местной анестезией с предварительной премедикацией. На пораженном участке проводятся горизонтальные разрезы в области межзубных сосочков и с помощью распатора отслаиваются слизисто-надкостничные лоскуты с вестибулярной и оральной сторон. При оперативном вмешательстве на небольшом участке с выраженной рецессией десны делаются дополнительные вертикальные разрезы по проекции корней зубов. Далее приступают к удалению поддесневых зубных отложений и грануляций, максимально щадя при этом кость альвеолярного отростка и цемент корня зуба. Удаление грануляций и вросшего эпителия с внутренних поверхностей лоскутов производится с помощью ножниц, а освежение раневой поверхности и наружных кортикальных пластин альвеолярного отростка осуществляется зуботехнической фрезой с мелкой насечкой. В последние годы для этой цели используется эрбиевый лазер. Цемент оголенных корней зубов тщательно полируется. Операционное поле промывается растворами антисептиков, при этом костные карманы заполняются предложенным нами биокомпозитом, а при горизонтальной резорбции альвеолярного отростка используется цельный перфорированный трансплантат из аллокостного матрикса, смоделированный в виде перевернутой буквы «Т», на внутреннюю поверхность которого с помощью фибринового клея прикрепляется гидроксиапатит. Вертикальная часть трансплантата моделируется из расчета максимально возможной площади соприкосновения с костным дефектом, а узкие отростки вводятся в заранее сформированные по размерам туннели путем отсепаровывания надкостнично-слизистого слоя. Таким способом трансплантату в регенерируемой зоне обеспечивался фактор покоя. Затем по размеру дефекта выкраивается барьерная мембрана из аллокостного матрикса и накладывается на заполненные трансплантатом костные карманы из расчета закрытия их на всем протяжении, особенно у шейки пораженных зубов. Слизисто-надкостничный лоскут ушивался в каждом межзубном промежутке викрилом.



а) б)
Рисунок 2 – Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени до операции; б) через 1 год и 4 месяца после операции

По вышеописанной методике нами прооперированы 56 больных с хроническим генерализованным пародонтитом средней и тяжелой степени тяжести. Сравнимую группу составил 31 больной, оперированный по общепринятой методике.

Послеоперационное течение у больных обеих групп протекало в основном благоприятно и каких-либо серьезных осложнений не наблюдалось. В более поздние сроки у больных, где проводилась операция остеогингивопластики с использованием барьерных мембран, отмечалась стойкая стабилизация полученных результатов. У больных сравнимой группы в большинстве случаев отмечался рецидив заболевания.

У 14 (23,3%) больных основной группы к 12 месяцам зафиксирована стабилизация воспалительного процесса, а у 42 (75%) отмечено частичное или полное восстановление межальвеолярных гребней (рис. 2).

В сравнимой группе больных, спустя год после операции, у 27,4% больных определялась «застывшая» рентгенологическая картина, а у 72,6% пациентов отмечался рецидив воспалительного процесса.

Таким образом, принцип направленной регенерации костной ткани с использованием биокомпозита и барьерной мембраны на основе аллокостного матрикса может успешно использоваться при реконструктивных операциях на альвеолярном отростке.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кенбаев В.О. Оптимизация репаративной регенерации при переломах нижней челюсти с использованием биокомпозитного трансплантата и компрессии: Автореф. дисс. ... к.м.н. – Алматы, 2000. – 17 с.
- 2 Русанов В.П. Совершенствование хирургических методов лечения воспалительно-деструктивных процессов в альвеолярном отростке челюстей: Автореф. дисс. ... д.м.н. – Алматы, 1993. – 46 с.
- 3.Русанов В.П., Айтбаев Ж.Ж. Оптимизация остеинтеграции при эндооссальной дентальной имплантации с использованием аллокостного матрикса // Проблемы стоматологии. – Алматы, 1999. – №2. – С. 63-66
- 4.Русанов В.П., Амантаев Б.А. Лечение кист челюстей с использованием принципа направленной регенерации костной ткани. Материалы международной научно-практической конференции // Проблемы современной стоматологии Казахстана. – Алматы. - 2004. – С. 52-54
- 5.Русанов В.П., Даулетхожаев Н.А., Гафарова А.Ф., Нурлыбекова А.В. Использование отечественного гидроксилапатита, производства ТОО ЮКОК (Шымкент) для пластики послеоперационных костных полостей челюстей // Вестник Казахского национального медицинского университета. – Алматы. - 2008. - №4. – С. 102-107
- 6.Савельев В.И., Булатов А.А., Калинин А.В. Сравнительная оценка костных трансплантатов, заготовленных различными способами с помощью оригинальной экспериментальной модели // Травматология и ортопедия России. – 2007. – №3. – С. 52-55
- 7.Уразалин Ж.Б., Русанов В.П., Тулеуов К.Т., Байзакова Г.Т., Аханов С.А. Остеогенные материалы в хирургической стоматологии // Сборник IV съезда врачей-стоматологов РК «Актуальные вопросы организации стоматологической помощи населению. Инновационные технологии в стоматологии. Алматы. - 2008. - С.161-167

8. Уразалин Ж.Б., Русанов В.П., Байзакова Г.Т., Никитин М.В., Космаганбетова А.Т. Клиника и лечение амелобластомы нижней челюсти // Проблемы стоматологии – Алматы, 2011. – №1,2. – С. 58-60.

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**В.П. РУСАНОВ, А.Т. КОСМАГАНБЕТОВА,
А.Э. УРАЗАЕВА**

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯДА БАҒЫТТАЛҒАН РЕПАРАТИВТІК РЕГЕНЕРАЦИЯ ҚАҒИДАСЫН ҚОЛДАНУ

Хирургиялық стоматологияда репаративной регенерация қағидасын үшін, біз ұсынған аллосүйек матриксі мен гидроксилапатиттің негізінде дайындалған, биокөпозиттік материал мен тосқауылдық жарғақтың қолданудың

шипалы клиникалық нәтижелері негізделіп көрсетілген.

Негізгі сөздер: аллосүйек матриксі, гидроксилапатит, репаративтік регенерация, тосқауылдық жарғақ.

S U M M A R Y

**V.P. RUSSANOV, A.T. KOSMAGANBETOVA,
A.E. URAZAEVA**

*Kazakh national medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

EXPERIENCE OF ALLOGENIC BONE MATRIX IN DENTAL SURGERY.

The results of the study on the use and application of clinical results, we proposed biocomposite and barrier membranes based on allogeneic bone matrix and hydroxyapatite.

Key words: hydroxylapatite, barrier membrane, allo-bone matrix, reparative regeneration.

ДОРОГУ ОСИЛИТ ИДУЩИЙ

ТУРДАЛИН НУРЛАН БОСТЫБАЕВИЧ

(к 50-летию со дня рождения)



В конце семидесятых в Казахстане началось патриотическое движение в трудовом воспитании молодежи. Выпускники средних школ на 1-2 года оставались работать в отгонном животноводстве и только затем получали путевку для получения высшего образования. В одной из таких комсомольских молодежных бригад проработал и будущий медик, ученый, организатор здравоохранения Турдалин Н.Б. Он родом из села Астрахановка Актюбинской области.

Нурлан Турдалин в 1982 г. поступил в Ленинградский медицинский институт. Он живо интересовался меди-

цинской наукой, а в старших курсах его увлекли клинические дисциплины. Для бывшего чабана была духовно близка и общественная работа, связанная с членством в казахстанском землячестве Ленинградской области и г. Ленинграда. В последующем он возглавил работу этого центра, а также был председателем студенческого клуба им. Алии Молдагуловой.

По приезду в Казахстан руководство Актюбинской области назначило его главным врачом Комсомольского района, таким образом оценив деловые качества и трудолюбие молодого специалиста. Затем он проработал на различных должностях в здравоохранении Казахстана: заведующим диагностическим отделением Института онкологии и радиологии, заместителем главного врача Центральной клинической больницы «Казахстанская железная дорога», главным врачом санатория «Каменское плато», директором Кардиологического центра г. Алматы. На должности директора Кардиологического центра он активно внедрял современные методы интервенционной кардиологии. В настоящее время возглавляет Городской ревматологический центр (г. Алматы).

Турдалин Н.Б. является членом коллегии Министерства здравоохранения РК, член партии «Нур Отан». Имеет благодарственное письмо от Президента страны. Награжден медалями «10 лет Астана», «За доблестный труд», «20 лет Независимости РК».

Его кандидатская диссертация посвящена патоморфологии, и многие научно-практические аспекты он рассматривает сквозь призму этой дисциплины, которая является универсальной платформой для совершенствования клинического мастерства.

На своей новой должности главного врача Городского ревматологического центра он, в первую очередь, начал изучать клинко-экономические показатели и потенциальные возможности развития Центра. Предстоит строительство нового здания Центра, его оснащение современной аппаратурой, внедрение новых технологий диагностики и лечения ревматических заболеваний. Нурлан Бостыбаевич считает, что к клинко-экономическим аспектам генно-инженерной биологической терапии ревматических заболеваний государство должно относиться точно так же, как это происходит в онкогема-