

ҲАЙАТИ ТАҲРИРИЯ

Сардабир
У.А. ҚУРБОНОВ

Муовинони сардабир
М. Қ. ГУЛОВ
Ш. Ш. ПОЧОҚОНОВА

Муҳаррири масъул
Р.А. ТУРСУНОВ

Бобоев А.Б. (беҳдошт)
Додхоева М.Ф. (момопизишкӣ)
Зоиров П.Т. (бемориҳои пӯст)
Исмоилов К.И. (қӯдакпизишкӣ)
Раҳмонов Э.Р. (сироятшиносӣ)
Рофиев Ҳ.Қ. (воғиршиносӣ)
Усмонов Н.У. (ҷарроҳия)
Ҳамидов Н.Ҳ. (илоҷия)

ШҶҶРОИ ТАҲРИРИЯ

Абдураҳмонов Ф.А.
Азизов А.А.
Аҳророва З.Д.
Абдураҳмонова Ф.М.
Дабуров Н.К.
Ибодов С.Т.
Ишонқулова Б.А.
Қурбонев К.М.
Қурбонев С.С.
Раззоқов А.А.
М.Миршоҳӣ (Франсия)
Осимов А.С.
Расулов У.Р.
Раҳмонов Р.А.
С.Северони (Италия)
Сабурова А.М.
Субҳонов С.С.
Халифаев Д.Р.
Холбеков М.Ё.
Шарофова Н.М.
Шукуров Ф.А.
Юлдошев У.Р.

МУАССИС:

Донишгоҳи давлатии тиббии
Тоҷикистон ба номи
Абуалӣ ибни Сино



ПАЁМИ СИНО

Нашрияи
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон
ба номи Абуалӣ ибни Сино

Маҷаллаи илмӣ-тиббӣ
Соли 1999 таъсис ёфтааст
Ҳар се моҳ чоп мешавад

№4/2011

Мувофиқи қарори Раёсати Комиссияи олии аттестатсионии
(КОА) Вазорати маориф ва илми Федератсияи Россия
маҷаллаи “Паёми Сино” (“Вестник Авиценны”) ба Феҳрести
маҷаллаву нашрияҳои илмии тақризнависӣ, ки КОА барои
интишори натиҷаҳои асосии илмии рисолаҳои номзадӣ
ва докторӣ тавсия медиҳад, дохил карда шудааст
(аз 23 майи с.2003 таҳти рақами 22/17
ва тақроран аз 25 феввали с.2011)

Маҷалла дар Вазорати фарҳанги Ҷумҳурии Тоҷикистон
таҳти № 464 аз 5.01.1999
ба қайд гирифта шуд.
Санаи азнавбақайдгирӣ 22.10.2008 таҳти №0066мч

Суроғаи таҳририя: 734003, Тоҷикистон,
шаҳри Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, ДДТТ
Тел. (+992 37) 224-45-83
Индекси обуна 77688
E-mail: avicenna@tajmedun.tj
Сомонаи маҷалла: www.avicenna.tsmu.tj

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор
У. А. КУРБАНОВ

Зам. главного редактора
М. К. ГУЛОВ
Ш.Ш. ПАЧАДЖАНОВА

Ответственный редактор
Р. А. ТУРСУНОВ

Бабаев А.Б. (гигиена)
Доджоева М.Ф. (гинекология)
Зоиров П.Т. (кожные болезни)
Исмоилов К.И. (педиатрия)
Рафиев Х.К. (эпидемиология)
Рахмонов Э.Р. (инфектология)
Усманов Н.У. (хирургия)
Хамидов Н.Х. (терапия)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Абдурахманов Ф.А.
Азизов А.А.
Абдурахманова Ф.М.
Асимов А.С.
Ахророва З.Д.
Дабуров Н.К.
Ишанкулова Б.А.
Ибодов С.Т.
Курбонов К.М.
Курбонов С.С.
М. Миршохи (Франция)
Раззаков А.А.
Расулов У.Р.
Рахмонов Р.А.
С. Северони (Италия)
Сабурова А.М.
Субхонов С.С.
Халифаев Д.Р.
Холбеков М.Ё.
Шарапова Н.М.
Шукуров Ф.А.
Юлдошев У.Р.

УЧРЕДИТЕЛЬ:

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибни Сино



ВЕСТНИК АВИЦЕННЫ

Издание
Таджикского государственного
медицинского университета
имени Абуали ибни Сино

Научно-медицинский журнал
Ежеквартальное издание
Основан в 1999 г.

№4/2011

Решением Президиума ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации журнал "Вестник Авиценны" ("Паёми Сино") включён в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, рекомендуемых ВАК для публикации основных научных результатов диссертаций на соискание учёной степени кандидата и доктора наук (от 23 мая 2003г. №22/17 и повторно от 25 февраля 2011г.)

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры РТ
Свидетельство о регистрации №464 от 5.01.1999г.
Вновь перерегистрирован №0066мч от 22.10.2008г.

Почтовый адрес редакции: 734003, Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ
Тел. (+992 37) 224-45-83
Подписной индекс: 77688
E-mail: avicenna@tajmedun.tj
WWW страница: www.avicenna.tsmu.tj

Все права защищены.

Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера
либо воспроизведена любым способом без предварительного
письменного разрешения редакции.



СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЯ

- Курбанов У.А., А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, И.З. Саидов, М.Н. Сарфарози**
Использование рёберного аутохряща в реконструктивно-пластической хирургии 7
- Гаибов А.Д., Анварова Ш.С., Камолов А.Н., Курбанова М.О., Калмыков Е.Л., Садриев О.Н.**
Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников 19
- Афендулов С.А., Журавлёв Г.Ю., Кадиров К.М.**
Реабилитация больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы 25
- Рахматуллаев Р., Норов А.Х., Курбонов Дж.М., Джононов Б.Б., Хамроев У.М.**
Результаты хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением различных методик 29
- Кузикеев М.О., Арзыкулов Ж.А.**
Непосредственные результаты неoadьювантной химиолучевой терапии рака прямой кишки 35
- Бобоев Б.Д., Саидилхомзода С.**
Применение миниинвазивных методов в диагностике и лечении холедохолитиаза 41
- Валиев Ш.Ю., Рахматуллаев Р., Мукарамова Д.Н., Рахматуллаев А.Р., Ёров С.А.**
Видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей 46
- Ашуров Д.М., Файзуллаев А.Х.**
Некоторые особенности клиники и диагностики кровотечений при гастродуоденальных язвах, ассоциированных *H. Pylori* 51
- Каримова Ф.Н., Умарова С.Г., Раупова М.С.**
Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в Республике Таджикистан 59
- Карим-заде Х.Д., Мирзоев Х.С., Мазабшоев А.М., Нихмонов М.Ю.**
Опыт хирургического лечения большого угла косоглазия 64
- Тюзиков И.А., Калинин С.Ю.**
Микробиологические особенности хронического бактериального простатита при сахарном диабете 68
- Назаренко Т.А., Ходжамуродова Д.А., Анварова Ш.С.**
Современные аспекты диагностики синдрома поликистозных яичников с бесплодием 73
- Додхоева М.Ф., Ятимова М.А.**
Ведение беременных с эндемическим зобом 78
- Мухамадиева К.М., Немчанинова О.Б.**
Профилактика и лечение рубцов кожи с учётом иммунных показателей 85
- Саидова Т.Ш.**
Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности на поздних её сроках 90

ТЕРАПИЯ

- Хамидов Н.Х., Шукурова С.М., Тоиров Х.К., Джонназарова Д.Х.**
Кардиоваскулярные факторы риска при подагре 94
- Рахманов Э.Р., Турсунов Р.А., Гулямова Н.М., Матинов Ш.К., Шарипов Т.М.**
Клинико-эпидемиологические особенности саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИДа 100
- Махмануров А.А., Турсунов Р.А., Абдикеримов М.М., Суванбеков А.А., Саттарова Г.Ж.**
Особенности течения хронического вирусного гепатита С у ВИЧ-инфицированных больных 104



СОДЕРЖАНИЕ

Шаропова Н.М., Хасанова Г.Б., Холбоев И.Ф. Профилактика противоправных и суицидальных действий больных с синдромом зависимости от алкоголя	109
Дадабаев Р.Д., Зоиров П.Т., Мухидинова М.Г. Терапия псориаза препаратом «Картан»	114
Рахмонов Х.Э., Одинаев Ф.И., Эмомов С.Р. Влияние солнечной активности на динамику возникновения острого инфаркта миокарда и его осложнения	118
Додхоев Д.С., Абдуллаева Н.А., Абдулаева З.М. Аспекты иммунного статуса у детей с пневмонией на фоне перинатального поражения ЦНС	123
Усманова Г.М. Основные клинические нозологические формы проявления внутрибольничной инфекции у стоматологических больных	130
Трубникова К.Е., Назаров Т.Н., Маджидов С.А. Возможности ультразвуковой диагностики рено-кардио-церебрального континуума при артериальной гипертензии у детей	134
КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ	
Кустов М.О., Артюшкин С.А., Начаров П.В., Умаров П.У. К вопросу о геморрагических наружных отитах	139
ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
Муминов Б.Г., Мирзоева З.А. Состояние и перспектива интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей в Республике Таджикистан	144
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	
Саидов И.З. Хирургическое лечение врождённых пороков и аномалий развития ушной раковины	148
Одинаев Ф.И., Навджуанов Н.М., Иошина В.И., Одинаев Ш.Ф. Современные подходы к прогнозированию кардиальных осложнений у больных ишемической болезнью сердца	156
Бабаев А.Б., Махмадов Ш.К. Актуальные вопросы влияния видеодисплейных терминалов на орган зрения человека	162
Талбова Н.С. Течение беременности и родов у женщин с дефектом межжелудочковой перегородки	168
Джураева Ш.Ф., Шарипов Х.С. К вопросу об изучении сочетанных эндодондальных поражений опорных зубов при протезировании	173
ХРОНИКА	
Правила приёма статей	178



CONTENTS

SURGERY

- Kurbanov U.A., Davlatov A.A., Dzhanoilova S.M., Saidov I.Z., Sarfarozi M.N.**
The use of costal autologous cartilage in reconstructive and plastic surgery 7
- Gaibov A.D., Anvarova S.S., Kamolov A.N., Kurbanova M.O., Kalmykov E.L.**
Some features of diagnosis and treatment of patients with adrenal tumors 19
- Afendulov S.A., Zhuravlev G.U., Kadirov K.M.**
Rehabilitation of patients after suturing of perforated gastroduodenal ulcers 25
- Rakhmatullayev R., Norov A.K., Kurbanov J.M., Dzhononov B.B., Khamroev U.M.**
Results of surgical treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients
using different techniques 29
- Kuzikeev M.A.**
The immediate results of neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer 35
- Boboev B.D., Saidilhomzoda S.**
Using of miniinvasive methods in diagnostic and treatment of choledocholithiasis 41
- Valiev Sh.Yu., Rakhmatullayev R., Mukaramova D.N., Rakhmatullayev A.R., Yorov S.A.**
Video endoscope dissection of perforating tibia veins in the treatment of chronic venous
insufficiency of lower extremities 46
- Ashurov D.M., Faizullaev A.Kh.**
Some peculiarities of clinical manifestations and diagnostics of gastroduodenal ulcers bleeding
in associated H. Pylori 51
- Karimova F.N., Umarova S.G., Raupova M.S.**
Epidemiological aspects of cervical cancer in Tajikistan 59
- Karim-Zade H.D., Mirzoyev H.S., Mazabshoev A.M., Nihmonov M.Y.**
Experience of surgical treatment of large angle strabismus 64
- Tyuzikov I.A., Kalinchenko S.Yu.**
Microbiological features of chronic bacterial prostatitis of in diabetes 68
- Nazarenko T.A., Khodjamurodova D.A., Anvarova Sh.S.**
Modern aspects of diagnostic of polycystic ovarian syndrome with infertility 73
- Dodkhoeva M.F., Yatimova M.A.**
Conducting pregnant women with endemic craw 78
- Mukhamadieva K.M., Nemchaninova O.B.**
Prevention and treatment of skin scar in view of immune indices 85
- Saidova T.Sh.**
Comparative characteristics of modern methods of abortion in late terms 90

THERAPY

- Khamidov N.H., Shukurova S.M., Toirov H.K., Dzhonnazarova J.H.**
Cardiovascular risk factors in gout 94
- Rakhmanov E.R., Tursunov R.A., Gulyamova N.M., Matinov Sh.K., Sharipov T.M.**
Clinical and epidemiological features Kaposi's sarcoma in HIV-infected patients with AIDS 100
- Mahmanurov A.A., Tursunov R.A., Abdikerimov M.M., Suvanbekov A.A., Sattarova G.J.**
Features of chronic hepatitis C currency in HIV-infected patients 104



CONTENTS

Sharopova N.M., Khasanova G.B., Holboev I.F. Preventing antilegal and suicidal actions in patients with the syndrome of alcohol dependence	109
Dadabaev R.D., Zoirov P.T., Muhidinova M.G. Treatment of psoriasis by preparation «Cartan»	114
Rakhmonov H.E., Odinayev F.I., Emomov S.R. Influence of solar activity on dynamics of acute myocardial infarction and its complications	118
Dodkhoev D.S., Abdullaeva N., Abdulaeva Z.M. Aspects of the immune status in children with pneumonia with perinatal CNS injury	123
Usmanova G.M. Main clinical nosologic forms of hospital infections in dental patients	130
Trubnikova K.E., Nazarov T.N., Madzhidov S.A. Possibilities of ultrasound in reno-cardio-cerebral continuum with arterial hypertension in children	134
CASE REPORT	
Kustov M.O., Artyushkin S.A., Nacharov P.V., Umarov P.U. To the question on hemorrhagic external otitis	139
TEORETICAL MEDICINE	
Muminov B.G., Mirzoyeva Z.A. Condition and vision of work's integration of emergency doctors and family doctors in Tajikistan	144
LITERATURE REVIEW	
Saidov I.Z. Surgical correction of congenital defects and developmental anomalies of auricle	148
Odinayev F.I., Navdzhuanov N.M., Ioshina V.I., Odinayev Sh.F. Modern view to prognosis of cardiac complications in patients with ischemic heart disease	156
Babaev A.B., Makhmadov Sh.K. Actual issues of effect of video display terminals on the vision	162
Talbova N.S. Pregnancy and delivery in women with ventricular septal defect	168
Dzhuraeva Sh.F., Sharipov H.S. On the study of combined endoparodontal lesions of the abutment teeth in prosthetics	173
CHRONICLE	
Rules of article reception	178

Использование рёберного аутохряща в реконструктивно-пластической хирургии

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, И.З. Саидов, М.Н. Сарфарози

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии,
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В работе приведён опыт использования рёберного аутохряща для устранения врождённых и приобретённых дефектов и деформаций головы и лица у 108 больных. В зависимости от формы и размеров необходимого трансплантата хрящи забирали с VI-VII или VII-VIII рёбер. Рёберные аутохрящи использовали для устранения седловидной деформации носа (48), посттравматического дефекта ушной раковины (40), микротии (17) и деформации лобной области (3). Результаты во всех случаях были позитивными. Лишь в одном случае отмечалось повреждение париетальной плевры, которое проведения дополнительных манипуляций не требовало. Ни в одном случае проблем в донорской области не отмечалось. Обобщая результаты исследования, пришли к такому заключению, что ауторёберный хрящ является наилучшим материалом для устранения деформаций носа, формирования ушной раковины и контурной пластики лицевого скелета.

Ключевые слова: рёберный аутогенный хрящ, хрящевой аутоотрансплантат из ребра

АКТУАЛЬНОСТЬ. При врождённых и приобретённых дефектах и деформациях лица нередко возникает необходимость в применении дополнительного материала для восстановления формы соответствующего участка. С этой целью на сегодняшний день используются различные виды ауто- и аллотрансплантатов. Каждая из разновидностей трансплантатов имеет свои преимущества и недостатки. И тем не менее, сегодня, большинство учёных предпочтение отдают аутоотрансплантатам. В этом плане аутоотрансплантат из хряща рёберной дуги всё чаще используется при ринопластике, отоπλαстике и деформации лица [1-3].

Впервые идея использования рёберного аутохряща для коррекции дефектов и деформаций лица вдохновила (осенила) в 1900 г. Mangolt. Он применил хрящевой аутоотрансплантат, взятый из ребра для коррекции носа [4-7]. Несколько позже в 1920г. о применении ауторёберного хряща для реконструкции ушной раковины впервые сообщил Gillies. На его трудах базируются сегодня общепринятые методы реконструкции ушной раковины. В 1930 году C.W. Pierce усовершенствовал метод Gillies - использование ауторёберного хряща для устранения частичного дефекта ушной раковины. F.Yong в 1944 году и L.A. Peer в 1948 году применили способ имплантации

моделированного аутологического рёберного хряща, нарезанного в виде кубиков, которые помещали в металлической формочке под кожу стенки живота, чтобы потом, вторым этапом, поместить его в подкожный карман боковой поверхности головы. Прогрессивное рассасывание хрящевого ауторансплантата через несколько месяцев подавило начальное вдохновение авторов, и метод вскоре забылся [8,9].

На сегодняшний день в попытке большего изучения свойств, достоинств и возможностей использования аллотрансплантатов при коррекции дефектов и деформаций в реконструктивной и пластической хирургии, в мировой литературе мало встречается публикаций, посвящённых применению ауторёберного хряща. Как правило, авторы ограничиваются лишь констатацией факта использования этой ткани в хирургии. При этом довольно скудно описываются и иллюстрируются модели, изготовленные из рёберного хряща, а также последствия их при применении.

ЦЕЛЬ СООБЩЕНИЯ. Изучить эффективность использования аутохряща из ребра при коррекции и восполнении врождённых и приобретённых дефектов и деформаций головы и лица.


ТАБЛИЦА. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЁБЕРНОГО АУТОХРЯЦА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТОВ

№	Область дефекта	Муж.	Жен.	Всего
1.	Седловидная деформация носа	16	32	48 (44,5%)
2.	Посттравматический дефект ушной раковины	27	13	40 (37%)
3.	Микротия	12	5	17 (15,7%)
4.	Контурная деформация лба	2	1	3 (2,8%)
Всего:		57	51	108

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Нами за период с 2000 года по настоящее время в целом выполнены 108 оперативных вмешательств с забором рёберного хряща в качестве аутоотрансплантата для замещения дефектов в области лица и головы (табл.). Средний возраст больных составил 25 (± 5) лет. Более 60% больных (65) были молодые люди в возрасте от 21 года до 40 лет.

Число мужчин (57) несколько превалировало над лицами женского (51) пола. Самый взрослый пациент в момент операции был в возрасте 46 лет, а самый молодой – 14 лет.

МЕТОДИКА ЗАБОРА РЁБЕРНОГО ХРЯЩЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА. В проекции рёберной дуги косопоперечным разрезом по маркированной линии длиной 8-10 см производится разрез кожи до мышц. Далее, рассекая мышечный слой, обнажается рёберная дуга. Над рёберной дугой маркируется форма хрящевого аутоотрансплантата и рассекается надхрящница. Распатором надхрящница отделяется от хряща со всех сторон. В зависимости от того, с какой целью и какой формы нам нужен трансплантат, забирали хрящевые части VI-VII или же VII-VIII рёбер (рис.1). Следует отметить, что если для устранения седловидной деформации носа будет достаточной

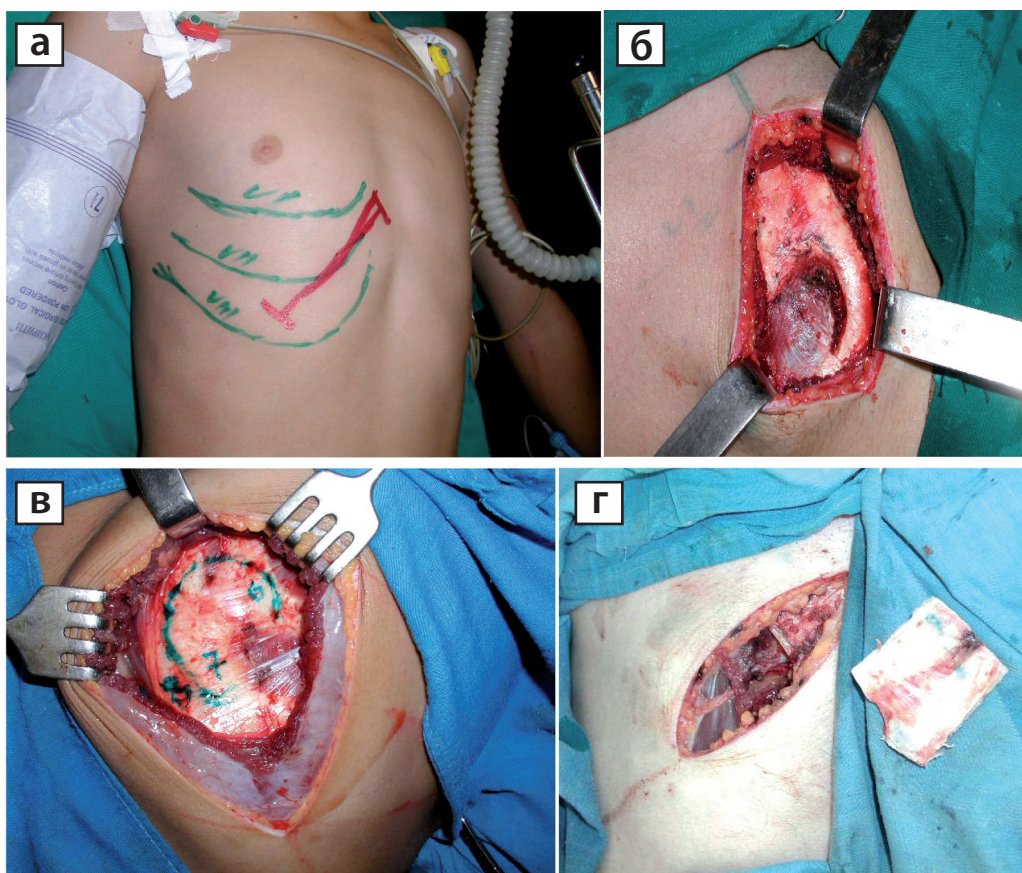


РИС.1. ЭТАПЫ ЗАБОРА ХРЯЩЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА: А - ПРОЕКЦИЯ РЁБЕР И ЛИНИЯ РАЗРЕЗА НА КОЖЕ; Б - МЕСТО ЗАБОРА ХРЯЩЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ ХРЯЩЕВЫХ ЧАСТЕЙ VI-VII РЁБЕР ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА; В - МАРКИРОВАННЫЕ КОНТУРЫ ЗАБИРАЕМОГО АУТОХРЯЦА ИЗ МЕСТА СОЕДИНЕНИЯ VI-VII РЁБЕР ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КАРКАСА УШНОЙ РАКОВИНЫ; Г - ЗАБОР ПРЯМОУГОЛЬНОЙ ФОРМЫ ХРЯЩЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ VI-VII РЁБЕР ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ

хрящевая часть одного ребра в месте его изгиба, то для создания хряща ушной раковины чаще всего необходим забор трансплантата в месте соединения хрящей двух (VI-VII или VII-VIII) рёбер. Донорская рана, после предварительного исключения случайной перфорации плевры, ушивается послойно с наложением внутрикожного шва.

Из ауторёберного хряща моделировали различные по размеру и разнообразные по форме и строению трансплантаты для замещения дефектов ушной раковины, создания спинки носа и коррекции контуров лба. Ниже рассмотрим примеры таких случаев. Пластика уха. Пациенты (n=40) с посттравматическими дефектами ушной раковины поступили в плановом порядке в сроки от 5 месяцев до 15 лет после получения травмы. Дефекты ушной раковины были различных размеров и локализаций. В 21 случае больные имели сегментарные, а в 19 - субтотальные дефекты ушной раковины.

В начале внедрения реконструкции ушной раковины мы в 4 случаях ушную раковину формировали способом Танзера в 3-4 этапа. Однако, ввиду плохого кровоснабжения мягких покровов, имплантированные аутохрящевые конструкции со временем частично рассасывались или деформировались. К тому же многочисленные вмешательства на тканях этой области вызывали чрезмерное их рубцевание и ещё большую деформацию восстановленной ушной раковины.

В связи с вышеизложенным нами разработан способ одноэтапной реконструкции ушной раковины с применением васкуляризированного лоскута височной фасции, хрящевого каркаса из рёберной дуги (VI-VII) и полнослойного кожного трансплантата из надключичной области (Патент на изобретение № TJ 476 от 13.01.2011).

По вышеописанной методике забирается ауторёберный хрящ необходимых размеров и форм (рис. 2).



РИС. 2. РЕЗЕЦИРОВАННЫЕ ЕДИНЫЕ ХРЯЩЕВЫЕ АУТОТРАНСПЛАНТАТЫ ИЗ РЁБЕРНОЙ ДУГИ РАЗЛИЧНОЙ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ ДЛЯ МОДЕЛИРОВАНИЯ КАРКАСА УШНОЙ РАКОВИНЫ (А-Д)

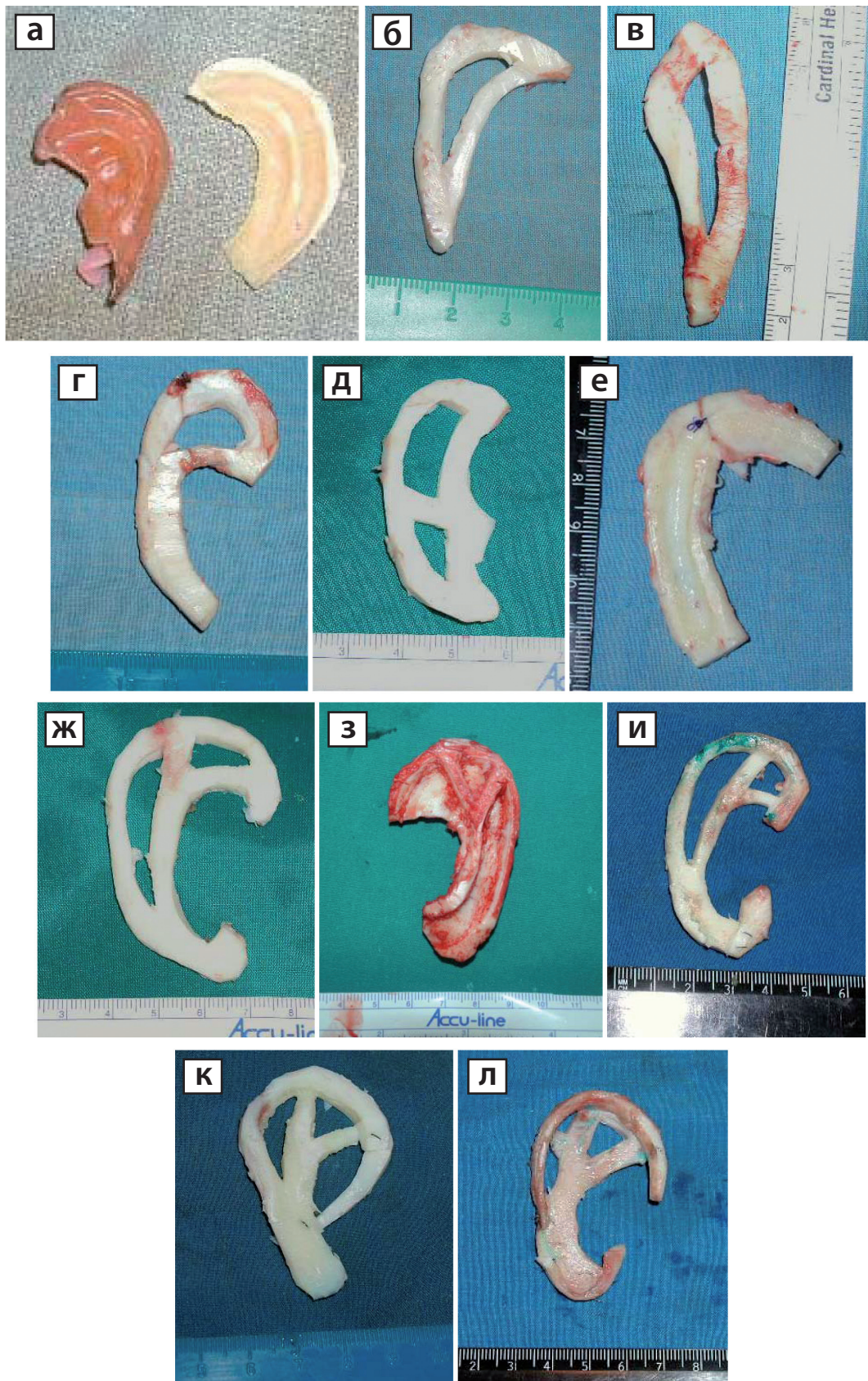


РИС. 3. РАЗЛИЧНЫЕ МОДЕЛИ СФОРМИРОВАННОГО ХРЯЩЕВОГО КАРКАСА УШНОЙ РАКОВИНЫ: А-В – ХРЯЩЕВОЙ КАРКАС ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СЕГМЕНТАРНЫХ ДЕФЕКТОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ; Г-Е – КАРКАСЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СУБТОТАЛЬНЫХ ДЕФЕКТОВ УШНОЙ РАКОВИНЫ; Ж-Л – ХРЯЩЕВЫЕ КАРКАСЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ МИКРОТИИ III СТЕПЕНИ



Хрящевой аутоотрансплантат моделируется и ему придаётся нужная форма с помощью скальпеля и фрезов бормашины. Таким образом формируется хрящевой каркас недостающей части УР (завиток, противозавиток с его ножками, противокозелок), разновидность которых приведена на рисунке 3.

Далее обнажаются остатки хряща культи ушной раковины и приготавливается ложе для хрящевого аутоотрансплантата. Сформированный хрящевой каркас ушивается к культе ушной раковины, а поверх него укладывается васкуляризированный лоскут височной фасции. Кожный покров восстанавливает полнослойный кожный трансплантат из надключичной области.

В одном случае ушная раковина сформирована способом префабрикации в два этапа, где первым этапом формировали хрящевой каркас ушной раковины из хряща рёберной дуги, который окутывали кровоснабжаемым фасциальным лучевым лоскутом и кожные покровы формировали полнослойным кожным трансплантатом. Спустя 2 месяца провели свободную микрохирургическую пересадку префабриката ушной раковины в позицию отсутствующей ушной раковины с анастомозированием её сосудов с лицевой артерией и веной. Учитывая недостаточно удовлетворительные отдалённые эстетические результаты, в последующем данный способ мы не применили.

В 17 случаях с микротией III степени формирование ушной раковины производили способом Nagata в два этапа. На первом этапе по вышеописанной методике производили забор хряща рёберной дуги из VI-VII рёбер, моделировали и сформированный хрящевой каркас имплантировали в созданный подкожный карман в аурикулярной области способом Nagata. Через 3 месяца после первой операции выполняли второй этап формирования ушной раковины – окаймляющим разрезом по контурам имплантированного хрящевого каркаса рассекли мягкие ткани до фасции заушной области. Сформированную ушную раковину отделили и подняли от

сосцевидного отростка. В цефалоаурикулярный угол вклинили хрящевой трансплантат, поверх которого на дефект покровных тканей заушной области и задней поверхности поднятой от сосцевидного отростка ушной раковины уложили васкуляризированный лоскут височной фасции. Покровные ткани поверх фасции формировали полнослойным кожным трансплантатом из надключичной области.

ПЛАСТИКА НОСА. Ринолордоз врождённого характера имел место у 13 пациентов, а приобретённого – у 35 больных. В 62% (67) случаях отмечалось западение спинки носа в костно-хрящевом отделе, а в 38% (41) - западение кончика носа, вследствие дефекта перегородочного хряща. У последней группы больных в анамнезе отмечалась ранее выполненная ринопластика в условиях ЛОР-клиники по поводу искривления носовой перегородки, трём из которых были имплантированы аллотрансплантаты из различных материалов. Как правило, у больных отмечалось уплощение носовых костей, которые находились практически на одной плоскости и наличие седловины в переднем крае четырёхугольного хряща. Наряду с эстетически неудовлетворительной формой носа у 16 больных отмечалось нарушение носового дыхания справа (7) или слева (9).

Все пациенты оперированы в плановом порядке под эндотрахеальным наркозом. В 14 (29,2%) случаях ринопластику выполняли открытым модифицированным нами доступом по Rethi, а в 33 (68,8%) случаях - закрытым доступом со стороны слизистого преддверия носа. Лишь в одном случае воспользовались доступом с иссечением рубца на спинке носа.

Хирургическое лечение ринолордоза заключалось в восполнении риноскелета путём имплантации аутохряща в виде пирамидального бруска в 3 (6,3%) случаях, Г-образного трансплантата, смоделированного из костно-хрящевого отдела VI-VII рёбер справа – в 21 (31,3%), лодкообразного трансплантата – в 17 (25), лодкообразного с подпоркой у кончика носа – в 3 (6,3%) и плоского прямоугольного – в 4 (8,3%) случаях (рис. 4).

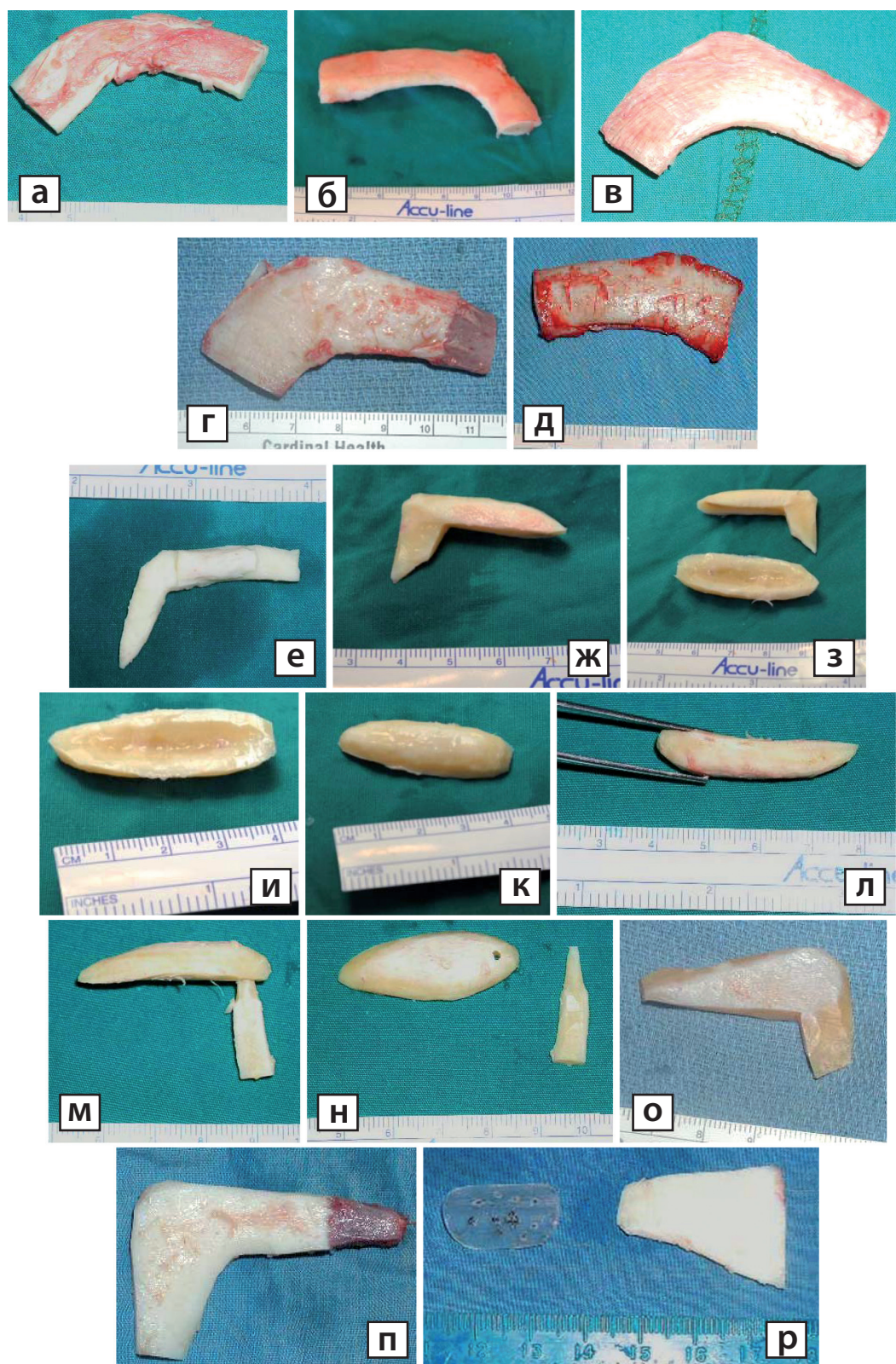


РИС. 4. АУТОХРЯЩИ ИЗ РЕБЕРНОЙ ДУГИ И ИХ МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА: А-Д – ЗАГОТОВКИ АУТОХРЯЩЕЙ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ СПИНКИ НОСА И ПЕРЕГОРОДКИ; Е-З – Г-ОБРАЗНЫЕ ТРАНСПЛАНТАТЫ ДЛЯ НЕШИРОКОГО НОСА; И-Л – ЛОДКООБРАЗНЫЕ МОДЕЛИ ХРЯЩА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ОТНОСИТЕЛЬНО ШИРОКИХ НОСОВ; М-Н – ЛОДКООБРАЗНАЯ МОДЕЛЬ ХРЯЩА С ПОДПОРКОЙ В ОБЛАСТИ КОЛУМЕЛЛЫ; О – Г-ОБРАЗНАЯ ФОРМА ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ СУБТОТАЛЬНОМ ОТСУТСТВИИ ПЕРЕГОРОДОЧНОГО ХРЯЩА; П – Г-ОБРАЗНЫЙ ТРАНСПЛАНТАТ, СОДЕРЖАЩИЙ КОСТНУЮ ЧАСТЬ РЕБРА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФЕКТА КАК КОСТНОЙ, ТАК И ХРЯЩЕВОЙ ЧАСТИ СПИНКИ НОСА; Р – ВНОВЬ СОЗДАННЫЙ ЧЕТЫРЕХУГОЛЬНЫЙ ХРЯЩ ИЗ РЕБЕРНОГО АУТОХРЯЩА



Трансплантат Г-образной формы помещали коротким коленом (хрящевая часть) между медиальными ножками больших крыльчатых хрящей, а длинным коленом – на спинке носа. Длинное колено трансплантата на спинке располагали таким образом, что хрящевая часть размещалась между боковыми хрящами носа, а костная часть трансплантата на костную часть спинки носа. При использовании хрящевых трансплантатов в 13 случаях выполнили срединную остеотомию, в 7 случаях – резекцию латеральных ножек крыльчатых хрящей и в 14 случаях резекцию сильно деформированных участков перегородочного хряща в местах неправильно сросшегося перелома. В 5 случаях при операции открытым доступом хрящевые трансплантаты фиксировали к спинке носа рассасывающим шовным материалом 5/0-6/0. Остальным правильное положение трансплантата на спинке обеспечивали наружной фиксацией путём тампонады носа турундами с глицерином, использованием steri-strip и гипсовой маски.

В трёх случаях с западением и деформацией лобной области контурную пластику производили рёберным аутохрящом прямоугольной формы, который моделировали с учётом формы, площади и глубины западений. Техника забора трансплантата была сходной с забором хряща для реконструкции ушной раковины и устранения седловидной деформации носа. Моделированный трансплантат через поперечный разрез по ходу складки на 2 см выше верхней границы области деформации лба размещали в сформированный карман под мягкими тканями и фиксировали двумя тонкими спицами к наружной пластике лобной кости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Послеоперационный период во всех случаях протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, отёки и кровоподтёки отмечались незначительные, которые, начиная с 3-4-ых суток после операции, и через 2-3 недели проходили полностью. Кожные швы снимали на 6-7-е сутки после операции и больные выписывались под амбулаторное наблюдение специалиста. Всего среди 108 больных, которым использован аутохрящ из рёберной дуги, лишь в одном случае при заборе рёберного хряща отмечалось повреждение париетальной плевры размерами 0,5x1,0 см, которое после забора трансплантата при максимально

раздутых лёгких ушито атравматической нитью. На рентгенограмме больного после операции отмечалась узкая полоска воздуха, которая не требовала дополнительной пункции плевральной полости.

Отдалённые результаты прослежены у 100 (92,6%) больных в сроках от 6 месяцев до 10 лет. В том числе после устранения седловидной деформации носа наблюдались 45 больных, формирования ушной раковины при посттравматическом дефекте – 37, микротии – 15 и контурной пластики лобной области – 2 больных. Для оценки отдалённых результатов объективными критериями служили антропометрические измерения и фотодокументация, проведённые до операции и в отдалённые сроки после неё. Кроме того учитывали субъективную оценку результатов операций самим больным и его окружающими. В целом согласно вышеприведённым критериям отдалённые результаты формирования ушной раковины у больных с посттравматическими дефектами ушной раковины были хорошими (рис. 5) у 32 больных (86,5%), удовлетворительными – у 4 (10,8%) и неудовлетворительными у одного (2,7%) больного, которому выполнена многоэтапная реконструкция ушной раковины.

После формирования ушной раковины при микротии отдалённые результаты были хорошими в 12 (80%) случаях и удовлетворительными – в 3 (20%) случаях (рис. 6). Неудовлетворительных результатов, требующих корригирующих вмешательств среди наблюдавшихся больных не было.

После устранения седловидной деформации носа у всех 16 больных, которые до операции имели затруднение носового дыхания, отмечалось его улучшение. Эстетические результаты согласно вышеприведённым критериям в этой группе больных у всех 45 наблюдавшихся были хорошими (рис. 7).

В одном случае через 2 года после операции больной получил сильную травму носа, в результате чего отмечалось искривление спинки носа. При повторной операции наблюдался перелом длинной ножки, который после выпрямления армирован при помощи тонкой спицы. Эстетический результат повторной операции у больного также был хорошим.



РИС. 5. ХОРОШИЙ ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ УСТРАНЕНИЯ СУБТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА УШНОЙ РАКОВИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ХРЯЩЕВОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА ИЗ РЁБЕРНОЙ ДУГИ, ВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ЛОСКУТА ВИСОЧНОЙ ФАССИИ И ПОЛНОСЛОЙНОГО КОЖНОГО ТРАНСПЛАНТАТА ИЗ НАДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ: А – ВИД ДЕФЕКТА ЛЕВОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ; Б-Д – ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В СРАВНЕНИИ С КОНТРАЛАТЕРАЛЬНОЙ ЗДОРОВОЙ (ПРАВОЙ) УШНОЙ РАКОВИНОЙ ЧЕРЕЗ 1 ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Результаты устранения деформации лобной области в виде западений у обоих наблюдавшихся в отдалённом периоде случаях согласно оценочным критериям были хорошими, о чём свидетельствует нижеследующий клинический пример.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР. Больной П., 1954 г.р., поступил с диагнозом: врождённая деформация лобной области. При поступлении отмечалась дефор-

мация контуров лобной области в виде западений площадью 3x4 см и глубиной 1 см. Вышеописанным способом из хрящевой части VIII-IX рёбер выкроен прямоугольный трансплантат соответствующий размеру дефекта. Произведено моделирование трансплантата соответствующего размерам и форме дефекта контуров лобной области. Выполнен поперечный разрез кожи по ходу кожной складки на 2 см выше верхнего края дефекта. Сформирован

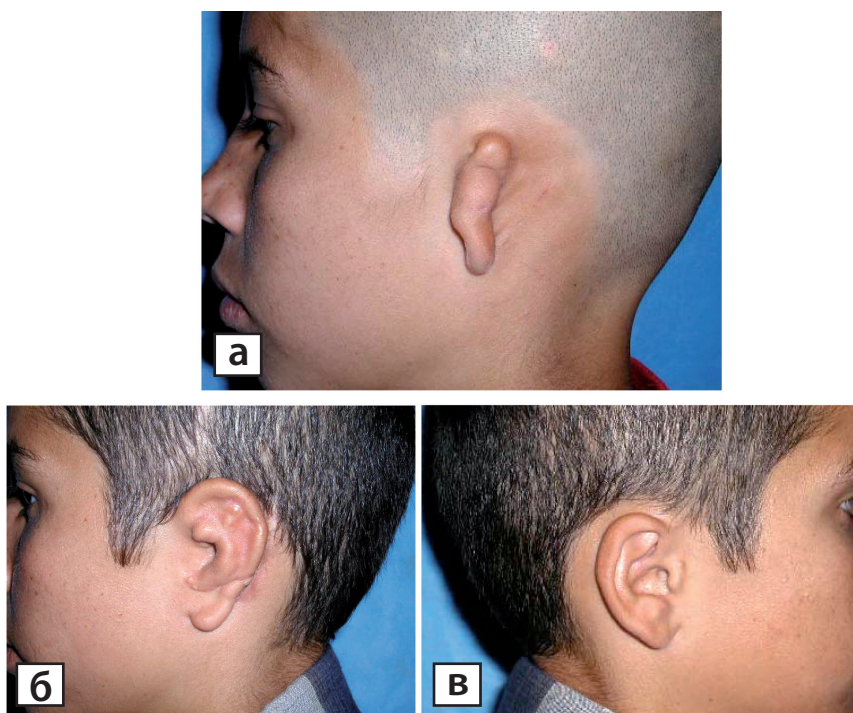


РИС. 6. ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ФОРМИРОВАНИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ МИКРОТИИ III СТЕПЕНИ: А – ВИД ЛЕВОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ ДО ОПЕРАЦИИ; Б И В – ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ФОРМИРОВАНИЯ ЛЕВОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ В СРАВНЕНИИ СО ЗДОРОВОЙ ПРАВОЙ УШНОЙ РАКОВИНОЙ ЧЕРЕЗ 1 ГОД 7 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СПОСОБОМ NAGATA



РИС.7. УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА РЁБЕРНЫМ ХРЯЩЕВЫМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ: А – ВИД ДЕФОРМАЦИИ НОСА ДО ОПЕРАЦИИ; Б – ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 8 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

карман над лобной костью тупым способом. Трансплантат уложен на дефект и двумя инъекционными иглами фиксирован к кости. Рана ушита послойно с наложением внутрикожного шва, который удалён через 2 недели после операции, а инъекционные иглы через 3 недели (рис.8).

ОБСУЖДЕНИЕ. Сегодня арсенал используемых трансплантатов богат разнообразными материалами

небиологического и биологического, животного и человеческого происхождения. Множественные недостатки этих трансплантатов ограничивают их применение в широкой практике и вынуждают хирургов постоянно заниматься поиском новых совершенных пластических материалов. Так, использование синтетических материалов практически невозможно и малоэффективно, так как они подвержены смещению, не обладают эластичностью, раздражают

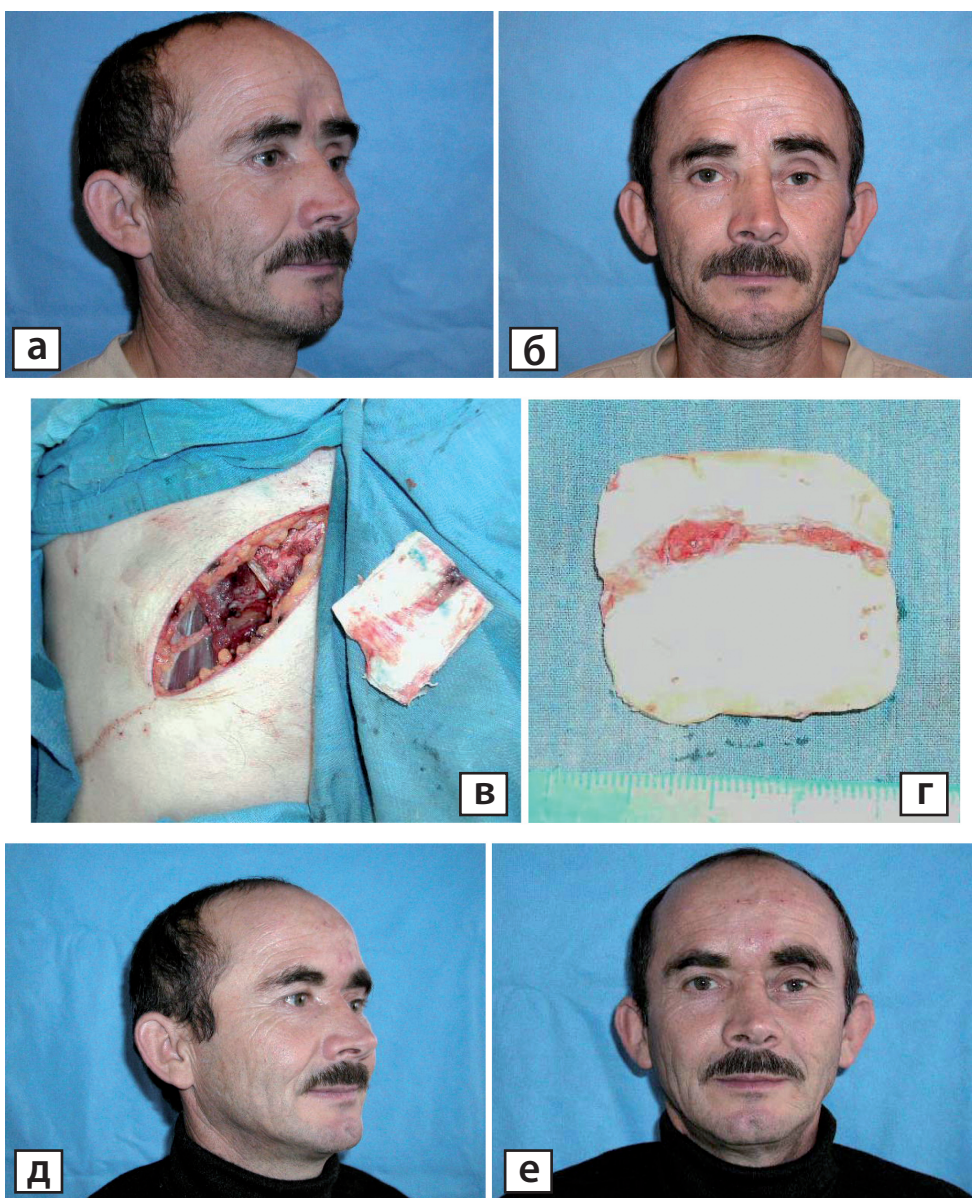


РИС. 8. КОНТУРНАЯ ПЛАСТИКА ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ: А-Б ВИД ДЕФЕКТА ЛОБНОЙ ОБЛАСТИ ДО ОПЕРАЦИИ; В - ДОНОРСКАЯ РАНА И ЗАБРАННАЯ ЗАГОТОВКА АУТОХРЯЦА ИЗ ПРАВОЙ РЕБЕРНОЙ ДУГИ (VI-VII РЕБЕР); Д-Е - ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

кожу, вызывают воспаление, из-за чего выводятся из организма. Гомо- и гетеротрансплантаты вызывают аллергию и отторгаются из организма. Из сообщений Г.В. Кручинского следует, что долгие годы они во избежание вмешательства на грудной клетке использовали трупный консервированный рёберный хрящ, а также хрящ ушной раковины, взятый у живого донора (чаще всего у матери ребенка). Однако на основании своего большого и многолетнего опыта коррекции микротии они пришли к заключению,

что: "каркас, созданный из консервированного или живого аллохряща, недостаточно надёжный материал, ибо всё же подвергается в различной степени рассасыванию, а иногда ломается" [7].

Dupertuis (1959) и Musgrave (1963), применявшие каркасы из гомопластического хряща, консервированного в растворе мертиолата, отметили 100% его рассасывание в течение 1-3 лет после пересадки [10].



Учитывая собственный опыт, мы считаем, что оптимальной характеристикой обладает аутохрящ из ребра. Целесообразность и надёжность аутохряща доказаны ещё в начале прошлого столетия зарубежными учёными Gilles, Pierce, Peer [2]. Однако, противниками данного способа выдвигаются недовольства в связи с применением рёберного аутохряща, ссылаясь на травматичность операции при заборе аутологического хряща, трудность его моделирования и оставление грубых рубцов на донорском участке [3]. С этой точкой зрения мы не согласны, так как на наш взгляд знание топографической анатомии, аккуратное выделение и резекция хряща с донорского участка, использование прецизионной техники и современного шовного материала в ходе соединения тканей в ране обеспечивают недлительный по времени этап операции (10-15 минут) и нежный и незаметный рубец в будущем. Мы считаем, что проблемы противников по использованию ауторёберного хряща связаны с отсутствием опыта во вмешательствах на другие участки тела и боязнью развития вероятных осложнений в донорской зоне (чаще всего пневмоторакса).

ТАКИМ ОБРАЗОМ, использование ауторёберного хряща при реконструктивных и пластических операциях на наружном скелете носа, формировании частей или целой ушной раковины, а также контурной пластике лицевого скелета ввиду пластичности и прочности, доступности, недороговизны и удобства в приобретении в любой момент в случае необходимости свидетельствует о преимуществах данного материала, т.е. всё ещё является несомненно наилучшим.

В заключение невольно приводит на мысль идея о том, что Всевышний, создавая Еву из ребра Адама, тем самым подсказал нам ключ к решению проблем возмещения недостающих тканей в области лица.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кручинский Г.В. О замещении частичных дефектов ушной раковины / Г.В. Кручинский, А.С. Кокоткина, Ю.Н. Ростокин // Вестник оториноларингологии. – 1975. - №4. - С. 10-13
2. Пшениснов К.П., Бессонов С.Н. Врождённые деформации ушной раковины и их хирургическая коррекция / К.П. Пшениснов, С.Н. Бессонов // Избранные вопросы пластической хирургии – 1999. -Т.1. -№2. – 44с.
3. Steffan A. Die Verletzung der Ohrmuschel/ A. Steffan // - eine Retrospektive Analyse von Ursachen und Behandlungskonzepten. – 2003. - 92 Seite
4. Гюсан А.О. Ринопластика. Хирургическое лечение седловидной деформации носа/ А.О.Гюсан.// – СПб: «Специальная Литература», -1997.-78с.
5. Peter HyckelPartieller Ohrmuschelverlust / Peter Hyckel, Christine Robotta, Dieter Schumann // Mund Kiefer Gesiecht Chirurgie.// – 1999. - № 3. - P.131-133
6. К.П.Пшениснов Ринопластика: укрепление тканей носа хрящевыми аутоотрансплантатами / К.П.Пшениснов, С.Н.Бессонов //Ярославль, -1998
7. Белоусов А.Е.Реконструкция спинки носа с использованием костно-хрящевых трансплантатов. /А.Е.Белоусов, П.Е.Куприн. //Санкт-Петербург, 1998
8. Кручинский Г.В. Замещение субтотальных дефектов ушной раковины / Г.В. Кручинский // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. -№3. - С. 44-47
9. Ищенко А.Л. Восстановление ушных раковин при тотальных и субтотальных дефектах различной этиологии: дис... канд. мед. наук / А.Л. Ищенко. - М. – 2003.- 202с.
10. Ярчук Н.И. Восстановление ушной раковины при врождённой микротии / Н.И. Ярчук // Журнал ушных, носовых и горловых болезней, -1973. -№1. –С.46-50



Summary

The use of costal autologous cartilage in reconstructive and plastic surgery

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Dzhanelilova, I.Z. Saidov, M.N. Sarfaroz

In work experience of use of costal autologous cartilage for elimination of the congenital and got defects and deformations of a head and face at 108 patients is resulted. Depending on the form and the sizes of a necessary transplant cartilages took away with VI-VII or VII-VIII edges. Costal autologous cartilage used for elimination of saddle-nose deformations (48), posttraumatic defect of an auricle (40), microty (17) and deformations of frontal area (3). Results in all cases were positive. Only in one case was marked damage of parietal pleura which didn't demand carrying out of additional manipulations. Problems in donor area it was not marked. Generalizing results of research, have come to such conclusion that autologous cartilage is the best material for elimination of deformations of a nose, reconstruction of an auricle and a contour plastic of face skeleton.

Key words: autologous rib cartilage

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

У.А. Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино,
главный редактор журнала «Вестник Авиценны»;
Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139,
E-mail: kurbonovua@mail.ru



Некоторые особенности диагностики и лечения больных с опухолями надпочечников

А.Д. Гаибов, Ш.С. Анварова, А.Н. Камолов, М.О. Курбанова, Е.Л. Калмыков, О.Н. Садриев

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ

В статье проанализированы результаты хирургического лечения опухолей надпочечника, сопровождающихся стойким повышением артериального давления. Определены необходимый объём диагностических мероприятий и хирургического лечения патологии надпочечников в зависимости от размеров опухоли. При размерах образования меньше 5 см, авторы отдают предпочтение мининвазивным доступам, для удаления более массивных опухолей оптимальными считают тораколумботомные разрезы. С учётом особенностей кровоснабжения надпочечников, непосредственной близости их к магистральным сосудам, хирургическое лечение заболеваний надпочечников целесообразно проводить в отделениях сосудистой хирургии.

Ключевые слова: опухоли надпочечников, гипертония

АКТУАЛЬНОСТЬ. В течение долгого времени опухоли надпочечников считались редким заболеванием. Однако, в связи с активным внедрением в практическую медицину современных методов диагностики с высокой разрешающей способностью, количество выявляемых новообразований надпочечников значительно возросло [1,2]. Согласно данным ряда авторов вторичная артериальная гипертензия, вызванная новообразованиями надпочечников, достигает 2,6% случаев из общего числа больных артериальной гипертензией [1-3]. Так, по данным Л.А. Бокерии, в США ежегодно диагностируется до 2500 больных с феохромоцитомой (ФЦ), в России и других странах СНГ она несколько реже распознаётся, что, прежде всего, связано с отсутствием случаев специфических клинических признаков заболевания и сложных гормональных методов исследования [1].

Как отмечает большинство авторов, лечение гипертонических кризов, вызванных гормональными опухолями надпочечников является сложным [1,4], в связи с чем, в ряде случаев допускаются серьёзные диагностические и тактические ошибки [2]. Так, по данным Y. Katsube et al. [4], кризы при ФЦ зачастую сопровождаются геморрагическим инсультом, отёком лёгких, острой сердечной недостаточностью, инфарктом миокарда, расслоением аорты и другими жизнеугрожающими состояниями. В настоящее время единственным методом лечения гипертонии надпочечниковой этиологии считается хирургический [2,4-10].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: анализ современных методов диагностики и хирургического лечения больных с опухолями надпочечников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. С 2000 по 2011 год в РНЦСС и ГХ МЗ РТ проведено хирургическое лечение 34 больных с опухолями надпочечников разного генеза. Двустороннее поражение отмечено у 4 больных. Среди заболеваний надпочечников наиболее часто встречались феохромоцитомы (n=18), альдостеромы (n=8) и кортикостерома (n=2). В 6 наблюдениях клинически и по данным гистологического исследования установлена гиперплазия ткани надпочечника, сопровождающейся периодическими гипертоническими кризами. Средний возраст больных составил $24 \pm 1,6$ года, длительность артериальной гипертонии $6 \pm 0,8$ лет. Мужчин было 8, женщин 26. Наиболее часто заболевание встречалось у женщин в возрасте 21–35 лет. Основными методами дооперационной диагностики опухолей надпочечников явились – ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ). Дополнительно всем больным до операции проводилось исследование сердечно-сосудистой системы, определение уровня кортизола и катехоламинов в венозной крови (n=9).

Всем больным после операции проводили гистологическое исследование удалённой опухоли, и использовали шкалу гистологических признаков надпочечниковых феохромоцитом (PASS).



РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. Диагностика опухолей надпочечников основывалась на изучении клинической картины заболевания и использовании дополнительных методов исследования. Основным клиническим признаком явилась артериальная гипертензия, которая проявлялась в виде выраженных резких повышений АД, достигающих до 280 мм.рт.ст. и снижалась самостоятельно, иногда без приёма препаратов.

Всем больным при поступлении производилось ультразвуковое исследование почек и надпочечников, а в 22 случаях проводилась компьютерная томография (КТ). Вместе с тем, нами выявлено, что опухоли надпочечников размерами от 2,5 см и более в диаметре, довольно хорошо визуализировались при помощи УЗИ, однако следует отметить, что в ряде случаев визуализация новообразования представляла значительные трудности и требовала определённых методов подготовки больного к исследованию. В 22 случаях УЗИ не позволяло достоверно установить размеры опухоли, что было обусловлено небольшими её размерами. В таких случаях невозможно было оценить взаимоотношение опухоли с окружающими структурами при её глубоком расположении. Этим больным выполнялась компьютерная томография, позволившая в 100% случаев показать наличие новообразования надпочечника, его размеры, локализацию и отношение к окружающим органам. Вместе с тем, УЗИ больных с опухолями надпочечников имеет ряд преимуществ: дешевизна (по сравнению с КТ), высокая информативность метода, неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, что позволяет широко использовать данный метод как основной в диагностике опухолей надпочечников.

Во всех случаях при выявлении опухоли надпочечника, больным проводилось комплексное обследование и коррекция основных показателей гемо- и гомеостаза до операции, а также мероприятия по стабилизации артериального давления.

По данным Эхо-кардиографии у всех больных отмечалась гипертрофия миокарда желудочков сердца, обусловленная перегрузкой левых отделов, при этом фракция выброса в большинстве случаев оставалась в пределах нормы. Возможно, это было обусловлено молодым возрастом больных и относительно ранним обращением пациентов за медицинской помощью.

Оптимальным доступом при удалении поражённого надпочечника явился торакофренолюмботомический доступ со стороны поражения. Несмотря на высокую травматичность данного доступа, мы считаем

его абсолютно показанным больным с глубоко расположенными опухолями и при больших размерах образования, которые позволяют получить операционный простор и удобство при выделении опухоли от окружающих тканей и особенно почечной ножки. Однако, даже с применением данного доступа отмечаются значительные трудности в удалении большой опухоли, особенно справа. Вместе с тем в последние годы опыт хирургического лечения больных с различными новообразованиями надпочечников позволил нам разработать показания к адреналэктомии из мини-доступа. Критериями для отбора пациентов, которым использовались мини-доступы явились: отсутствие признаков злокачественного роста; размер опухоли надпочечника не более 5 см; глубина расположения надпочечника не более 10 см. В остальных же случаях при новообразованиях более 6 см выполнялась торакофренолюмботомия (на рис. 1-3 представлены опухоли надпочечника более 6 см в диаметре). Вместе с тем, основными показаниями для применения мини-доступа являются размеры опухоли, не превышающие 5 см в диаметре. Адреналэктомия из минидоступа без вскрытия плевральной полости произведена в 6 случаях, в 3 – широкая люмботомия без торакотомии. Ещё в 5 случаях при опухоли средних размеров торакотомия производилась с частичным вскрытием синуса и без последующего дренирования плевральной полости. Во всех наблюдениях, когда размер опухоли превышал 6 см, после наложения турникета на сосудистую ножку, сразу не проводили пересечение ножки и удаление опухоли, во избежание острой надпочечниковой недостаточности и резкого снижения артериального давления. Турникет сосудистой ножки пережимали на несколько минут, следя за АД, а затем выполняли адреналэктомию. После перевязки собственной вены надпочечника с целью профилактики гипотонии проводили интраоперационную гиперволемическую гемодилюцию. В отличие от некоторых авторов нами удаление опухоли производилось с расширенной адреналэктомией, не оставляя даже неизменённую часть органа. Подобная тактика с нашей точки зрения считается вполне оправданной в связи с отсутствием экспресс-диагностики морфологии опухоли и профилактики рецидива заболевания.

При гистологическом изучении макропрепарата, признаков малигнизации ни разу не было обнаружено.

Традиционно, в большинстве случаев, хирургическое лечение заболеваний надпочечников выполняется в отделениях сосудистой хирургии. Это связано, во-первых, с риском возникновения



РИС. 1. АДЕНОМА НАДПОЧЕЧНИКА



РИС. 2. ФЕОХРОМАЦИТОМА



РИС. 3. КОРТИКОСТЕРОМА
С КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ
НАДПОЧЕЧНИКА

ятрогенных травм магистральных сосудов, особенно при больших размерах образования, кровотечением из окружающих тканей, а в ряде случаев с необходимостью мобилизации почки и почечных сосудов перед радикальным удалением опухоли. При манипуляции на поражённом надпочечнике, как правило, почка значительно опускается вниз, тогда, как её сосудистая ножка перегибается и оказывается сзади нижнего края опухоли и может быть при-

нята за надпочечниковую артерию, отходящую от почечной артерии. Такое топографоанатомическое изменение в одном из наших наблюдений стало причиной пересечения и перевязки основного ствола почечной артерии, которая, к счастью, вовремя была установлена. Опасность кровотечения при операциях на надпочечниках обусловлена так же особенностью кровоснабжения органа, которая изображена на схеме 1.

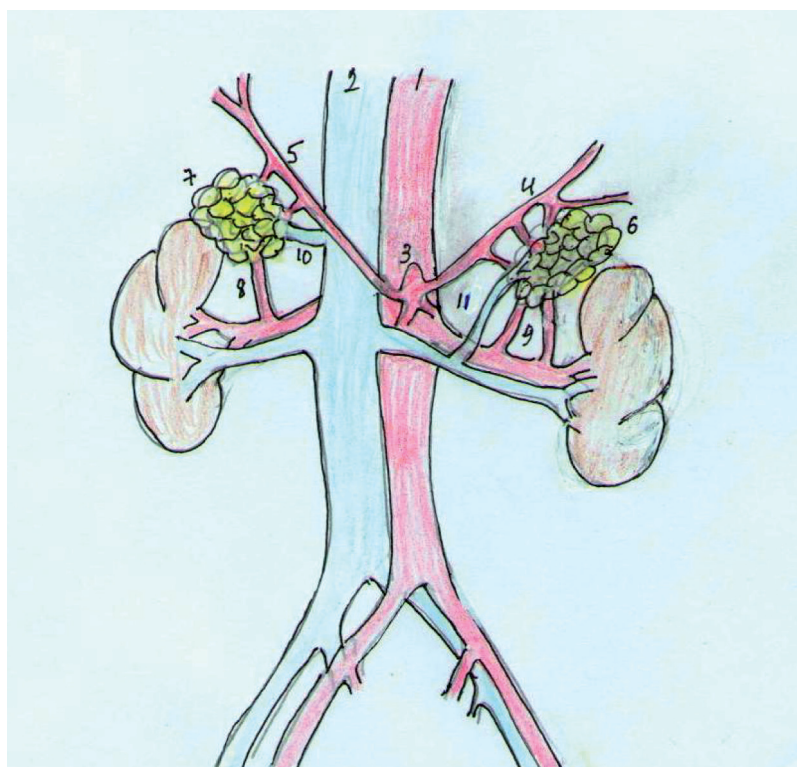


СХЕМА 1. КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ НАДПОЧЕЧНИКА: 1 – АОРТА; 2 – НИЖНЯЯ ПОЛАЯ ВЕНА; 3 – ЧРЕВНЫЙ СТВОЛ; 4-5 – ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ АРТЕРИИ; 6-7 – НАДПОЧЕЧНИКИ; 8-9 – НАДПОЧЕЧНИКОВЫЕ АРТЕРИИ; 10-11 – ЦЕНТРАЛЬНЫЕ ВЕНЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ



Так, артерии, кровоснабжающие надпочечник отходят непосредственно из аорты или диафрагмальной ветви чревного ствола и от почечной артерии. В то же время отток венозной крови справа всегда происходит в нижнюю полую вену, причём короткой центральной веной надпочечника длиной не более 1-1,5 см. Кроме этого другие надпочечниковые вены могут впадать в собственные почечные вены и при опухолевых поражениях могут значительно расширяться в диаметре. Такая ангиоархетиктоника органа, несомненно, представляет некоторые технические трудности во время операции и нередко сопровождается потерей определённого количества крови. Наибольший риск представляют случаи отрыва центральной вены правого надпочечника от стенки НПВ которая, как правило, сопровождается обильным кровотечением и хаосом в операционной. Имеются многочисленные сообщения о тяжёлых последствиях при попытке остановить кровотечение, приведшее к увеличению масштаба травмы. Ещё в 2-х наблюдениях при мобилизации больших опухолей возникло кровотечение из поясничных ветвей и собственной артерии надпочечника, аномально отходящей непосредственно от аорты. В обоих случаях кровотечение было своевременно остановлено без тяжёлых последствий.

Гипотония во время операции тут же после удаления гормонально активной феохромоцитомы отмечена в трёх случаях, которая была скорректирована медикаментозно.

По мнению многих авторов, наличие навыков по сосудистой хирургии, позволяет в подобных случаях предварительно выделить и лигировать отводящие и приводящие сосуды, дифференцировать другие сосуды жизненно-важных органов, а затем удалить опухоль [2,11,12].

В четырёх наблюдениях при двустороннем поражении надпочечников, операции выполнялись поэтапно, с интервалом в 4-6 месяцев.

Средняя продолжительность пребывания больных в реанимационном отделении после малоинвазивных адреналэктомий была около суток. У пациентов перенёсших адреналэктомию, из традиционного доступа, это время было значительно больше и составило $2,8 \pm 0,2$ суток. Следует так же отметить, что интенсивность болевого синдрома после операций из мини-доступа была меньшей, что позволило применять в послеоперационном периоде обычные обезболивающие средства. Наркотические анальгетики использовались у больных, перенёсших адреналэктомию через торакофренолапаротомный доступ.

В послеоперационном периоде раневых осложнений не было.

Один летальный исход отмечен у больного с двусторонним поражением надпочечника на 17 сутки после первого этапа операции. Эпинефрэктомия оказалась неэффективной и больной умер на фоне высоких цифр АД от острой сердечно-сосудистой недостаточности

Стойкий гипотензивный эффект после операции отмечен у большинства пациентов. В 5 случаях больные после операции продолжали принимать гипотензивные препараты, но в меньших дозировках. Рецидивов заболевания за девятилетний период наблюдений не выявлено.

ОБСУЖДЕНИЕ. Лечение больных с заболеваниями надпочечников является одной из наиболее сложных проблем медицины, что, прежде всего, связано с лечением больных, заболевание которых обусловлено генетическими факторами, редкой встречаемостью, сложностями диагностики и хирургического лечения.

Как отмечает П.С. Ветшев и соавт. [3], ультразвуковой метод диагностики феохромоцитомы, является одним из наиболее эффективных, чувствительность которого по данным авторов составляет 94,3%, а дополнительное использование дуплексного сканирования позволяет определить степень кровоснабжения опухоли, состояние и отношение нижней полой вены к опухоли в случае правостороннего поражения. Вместе с тем, КТ несомненно имеет более высокую чувствительность (97,7%), а при условии возможности воссоздания трёхмерного изображения позволяет дополнить и уточнить топографоанатомические взаимоотношения опухоли с окружающими тканями [1-3,13-15].

Основным и наиболее эффективным методом лечения больных с опухолями надпочечников является хирургический. В последние годы в хирургическую практику всё шире внедряются малоинвазивные методы лечения, отличающиеся рядом преимуществ. Так, наиболее широкое применение находят операции с использованием «мини» доступов и эндовидеохирургическое удаление опухолей. Безусловно, эндовидеохирургическая методика адреналэктомии позволила решить многие задачи, прежде всего – значительно снизить операционную травму, продолжительность пребывания больного в стационаре и частоту интра и послеоперационных осложнений. В то же время, высокая стоимость оборудования, дополнительных к ним расходных материалов и



другие ограничения не позволяют считать её широко доступным методом хирургического лечения патологии надпочечных желёз. Вместе с тем, авторы, обладающие наибольшим опытом использования лапароскопического удаления опухолей надпочечников, считают данный метод высокоэффективным. По данным W.T. Shen et al. выполнивших лапароскопическое удаление опухолей надпочечников лишь в 4 случаях перешли на конверсию и в одном наблюдении дополнительно использовали ручную ассистенцию [16]. Вместе с тем высокий процент злокачественного перерождения феохромоцитом, достигающийся данными J. Waldmann et al. [17], от 2,4 до 26%, требует более радикальной хирургической операции, что достигается путём применения традиционных методов. N. Simforoosh et al. имеющие опыт применения лапароскопических технологий в лечении больных с опухолями надпочечников у 67 пациентов отмечают, что данная методика должна использоваться при условии технической возможности удаления опухоли и у больных без злокачественного их перерождения [10].

Возможности использования других малоинвазивных методик, в частности – операций из «малых» доступов в хирургии надпочечников являются малоизученными. Разработка же новых, более эффективных способов хирургических вмешательств на надпочечниках, сохранивших принцип малоинвазивности представляется актуальной [14,18-20].

Учитывая множество преимуществ использования минидоступов и лапароскопических технологий, всё же отсутствие стандартизированных подходов и методов к их выполнению приводит к некоторым существенным недостаткам. Так, по данным С.В. Сергийко [19], конверсия операционного мини-доступа в более широкий проведена автором у 6,8% пациентов, в том числе с целью устранения осложнений, а при лапароскопической адреналэктомии необходимость в изменении способа адреналэктомии возникла в 33,3% случаях, в том числе для устранения осложнений.

Непосредственная близость магистральных сосудов забрюшинного пространства к опухолям надпочечников и необходимость в ряде случаев манипуляции на них, обуславливает целесообразность выполнения подобных операций в отделениях сосудистой хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А. Феохромоцитомы: современные методы диагностики и хирургического лечения / Л.А. Бокерия, Р.А. Абдулгасанов // *Анналы хирургии*. - 2011. - №2. - С.5-9
2. Калинин А.П. Хирургическая эндокринология. Руководство, / А.П. Калинин, Н.А. Майстренко, П.С. Ветшев. – Спб. Питер. – 2004.– 941с.
3. Опухоли хромоаффинной ткани (клиника, диагностика, хирургическое лечение) / П.С. Ветшев [и др.] // *Хирургия. журн. им. Н.И. Пирогова*. – 2002. - №8. - С. 11-18
4. Katsube Y. Decreased baroreflex sensitivity in patients with stable artery disease is correlated with the severity of coronary narrowing // *Y. Katsube, H. Saro, M. Naka. / American J Cardiology*. 1996. – 78; -P. 1007-1010
5. Ветшев П.С. Спорные и нерешённые вопросы в диагностике и хирургическом лечении первичного гиперальдостеронизма (к 50-летию описания синдрома Конна) / П.С. Ветшев, Г.В. Полуниин // *Хирургия. журн. им. Н.И. Пирогова*. – 2006. - №1. - С. 17-21
6. Надпочечниковые и вненадпочечниковые феохромоцитомы: сравнительная оценка иммуногистохимического прогностического маркера теназина С и гистологических градаций малигнизации / Г.А. Полякова [и др.] // *Анналы хирургии*. - 2009. - №5. - С.70-73
7. Сергийко С.В. Хирургическая тактика при случайно выявленных опухолях надпочечников / С.В. Сергийко, В.А. Привалов, С.А. Лукьянов // *Анналы хирургии*. - 2009. - №1. - С.49-53
8. Gaibov A.D. Sustantiation of surgery on epinephriums in the management of vasorenal hypertension. / A.D. Gaibov, N.U. Usmanov, D.D. Sultanov // *2th international congress of cardiologists of Turkish-speaking countries*. 2000. P.138-139
9. Grogan R.H. Changing paradigms in the treatment of malignant pheochromocytoma / R.H. Grogan, E.J. Mitmaker, Quan-Yang Duh // *Cancer Control*. 2011. 18(2);104-112
10. Laparoscopic adrenalectomy ten-year experience, 67 procedures / N. Simforoosh [et al.] // *Urol J*. 2008; 5(1): 50-4.
11. Васютков В.Я. Повреждения магистральных сосудов во время хирургических вмешательств у онкологических больных / В.Я. Васютков // *Вопросы онкологии*. 1988. Том 36. - №12. - С. 1485-1489



12. Камолов Т. Профилактика и хирургическое лечение ятрогенных повреждений магистральных сосудов и их последствий: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. Камолов. - М. 1984. - 28 с.
13. Бельцевич Д.Г. Причины рецидивов у больных с опухолями хромоаффинной ткани / Д.Г. Бельцевич, Н.С. Кузнецов // Хирургия. журн. им. Н.И. Пирогова. - 2002. - №8. - С. 19-23
14. Predictive characteristics of malignant pheochromocytoma / J. Park [et al.] // Korean J Urol 2011;52:241-246
15. Surgical management of cushing syndrome secondary tomicronodular adrenal hyperplasia. / A.C. Powell [et al.] // Surgery. 2008; 143(6): 750-758.
16. One hundred two patients with pheochromocytoma treated at a single institution since the introduction of laparoscopic adrenalectomy / W.T. Shen [et al.] // Arch Surg. 2010;145(9):893-897
17. Microarray analysis reveals differential expression of benign and malignant pheochromocytoma / J. Waldmann [et al.] // Endocrine-Related Cancer. 2010. 17; 743-756
18. Бондаренко В.О. Топографическая диагностика и хирургические вмешательства при гигантских феохромоцитомах надпочечника / В.О. Бондаренко, О.Э. Луцевич // Хирургия. журн. им. Н.И. Пирогова. - 2011. - №3. - С. 13-18
19. Сергийко С.В. Операции «малых» доступов и оптимизация тактики хирургического лечения новообразований надпочечников. автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / С.В. Сергийко. - Челябинск. - 2010. - 43 с.
20. Цуканов Ю.Т. Боковой внебрюшинный минидоступ для адреналэктомии/ Ю.Т. Цуканов, А.Ю. Цуканов // Хирургия. журн. им. Н.И. Пирогова. - 2003. - №9. - С. 7-10

Summary

Some features of diagnosis and treatment of patients with adrenal tumors

A.D. Gaibov, S.S. Anvarova, A.N. Kamolov, M.O. Kurbanova, E.L. Kalmykov

Analysis the results of surgical treatment of the adrenal gland tumors, accompanied by persistent high blood pressure was done in article. The necessary amount of diagnostic procedures and surgical treatment of adrenal pathological process depending on the size of the tumor were determined. In diameter of tumors less than 5 cm, the authors prefer mini-invasive access for the removal and for massive tumors considered optimal toraco-lumbotomic access. Taking into account the features of blood supply of adrenal glands, close them to the magistral vessels, the surgical treatment of diseases of the adrenal advisable to carry out in the departments of vascular surgery.

Key words: adrenal tumors, hypertension

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

А.Д. Гаибов – профессор кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои-33
E-mail: Gaibov_A.D@mail.ru



Реабилитация больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы

С.А. Афендулов, Г.Ю. Журавлёв, К.М. Кадилов

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина;

Тамбовский медицинский институт, Россия

Проанализированы результаты лечения и послеоперационной реабилитации 230 больных. Больные были разделены на две группы - 115 больных без санаторно-курортного периода, и 115 больных прошедших санаторно-курортное лечение. Медикаментозное лечение проводилось с учетом суточной рН-метрии. Показана роль санаторно-курортного этапа лечения в реабилитации больных, проанализированы отдельные факторы данного периода. Доказана такая важная составляющая реабилитационного периода при санаторно-курортном лечении, как Липецкая минеральная вода. В данной работе наглядно показано, что этапная реабилитация больных перенёсших ушивание ПГДЯ способствует увеличению периода ремиссии язвенной болезни, и, как следствие, повышение качества жизни. Этапная реабилитация с учётом медикаментозной терапии на основании суточной рН-метрии должна стать обязательной в послеоперационном периоде данной категории пациентов.

Ключевые слова: перфоративная гастродуоденальная язва, ремиссия язвенной болезни, санаторно-курортное лечение, послеоперационная реабилитация

АКТУАЛЬНОСТЬ. Количество больных перенёсших оперативное лечение по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы (ПГДЯ) из года в год не уменьшается и остаётся на стабильно высоком уровне. Только по Липецкой области ежегодно выполняется до 240 операций по поводу осложнённых форм язвенной болезни. По данным разных авторов после ушивания ПГДЯ рецидив ЯБ развивается у 20-60% больных, у 15-30% из них рецидив сопровождается повторной перфорацией, кровотечением или развитием пилоростеноза. Подобная тенденция характерна не только для РФ, но и для стран ближнего и дальнего зарубежья [1-5]. В связи с чем послеоперационная реабилитация больных, перенёсших ушивание ПГДЯ, является важным звеном лечения, направленным на повышение качества жизни больных.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка эффективности реабилитации больных после ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях санаторно-курортного этапа лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: Проведён анализ результатов лечения двух групп больных после лапароскопического ушивания ПГДЯ. Отдалённый результат прослежен через 2-10 лет после оперативного лечения. 1-я группа – 115 больных без санаторно-курортного

лечения, 2-я группа - 115 больных, прошедших полный курс реабилитации – с санаторно-курортным этапом и проведением суточной рН-метрии. Реабилитацию пациентов 2-й группы проводили поэтапно: в стационаре, санатории, поликлинике. В зависимости от степени восстановительного лечения внимание, в той или иной степени, акцентировали на медикаментозном лечении, диетотерапии, психотерапии, ЛФК, физиолечении, курортных методах. Медикаментозное лечение осуществляли с учётом проведения суточной рН-метрии "Гастроскан-24" и индивидуальным подбором лекарственных препаратов.

При оценке эффективности санаторной реабилитации применялась бальная система, предложенная Г.В.Поповой, А.Н.Стороженко (Воронеж, 2004г.). Использовались клинические, соматометрические и функциональные критерии. При изучении отдалённых результатов придерживались стандартных правил, больные проходили традиционный объём обследования. Систематизировал полученные данные и проводил оценку состояния больного один и тот же врач. Оценивался кроме объективных критериев рецидива язвы, критерий уровня качества жизни по методикам Д. Авдеева, Х. Пезешкиан (1993), Н.Н.Крылова (1997г.) и анкете The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), выделяющей три основных компонента качества жизни - психоло-



гический, социологический, и медицинский статус: функциональная способность, восприятие, симптомы заболевания и последствия их проявления.

На санаторном этапе реабилитации, кроме медикаментозного лечения использовалась Липецкая минеральная вода, которая относится к хлоридно-сульфатно-натриевому классу слабощелочных с общей минерализацией 3,5-4,5 г/дм³.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Проведены исследования секреции желудочного сока у больных на фоне приёма Липецкой минеральной воды. Суточная рН-метрия проведена у всех 115 больных 1-й группы, во 2-й группе рН-метрия также была проведена у 100% больных. В 1-й группе антисекреторная терапия назначалась по стандартным схемам, прописанным в стандартах лечения. Во 2-й группе назначение антисекреторных препаратов проводилось под контролем суточной рН-метрии с индивидуальным подбором лекарств.

После однократного приёма Липецкой минеральной воды тенденция к увеличению кислотопродукции обнаружена к 30 минуте исследования. В последующие сроки, через 45 и 60 минут, произошло уменьшение кислотопродукции до 79 и 90%. Было определено суммарное выделение за час желудочного сока и его компонентов после стимуляции Липецкой минеральной водой. Выявлено уменьшение количества желудочного сока и объёма щелочного компонента

в пределах 30%. Тогда как сокращение кислотопродукции было недостоверным. При стабилизации сокоотделения в желудке во время фазы базальной секреции достоверные различия в объёмах желудочного сока и его компонентов со стимулированной секрецией отсутствовали (табл.1).

Полученные данные можно объяснить стимулированием перистальтики и ускоренной эвакуацией из желудка при приёме Липецкой минеральной воды. При рентгенологических исследованиях барием, разведённым Липецкой минеральной водой, достоверно определяли ускорение эвакуации из желудка и ускоренный пассаж по кишечнику, что клинически проявлялось исчезновением запоров у больных язвенной болезнью. Также при проведении исследований базальной рН путём круглосуточной рН-метрии выявили ощелачивающий период при приёме 150 мл негазированной Липецкой минеральной воды, повышение рН после стабилизации достоверно не наблюдали (рис.).

Таким образом, к лечебным эффектам Липецкой минеральной воды можно отнести её ощелачивающее действие на первом 15-20 - минутном этапе после приёма. Не менее важно уменьшение количества желудочного сока на 45-60 минутах исследования и ускорение эвакуации из желудка, обусловленное электролитным составом Липецкой минеральной воды (табл.2).

ТАБЛИЦА 1. ДЕБИТ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ (ММОЛЬ) ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ЛИПЕЦКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ

Стимулятор желудочной секреции	Стимулированная секреция			
	15 минут	30 минут	45 минут	60 минут
Липецкая минеральная вода	0,19 ± 0,02	0,24 ± 0,04	0,15 ± 0,03	0,17 ± 0,03

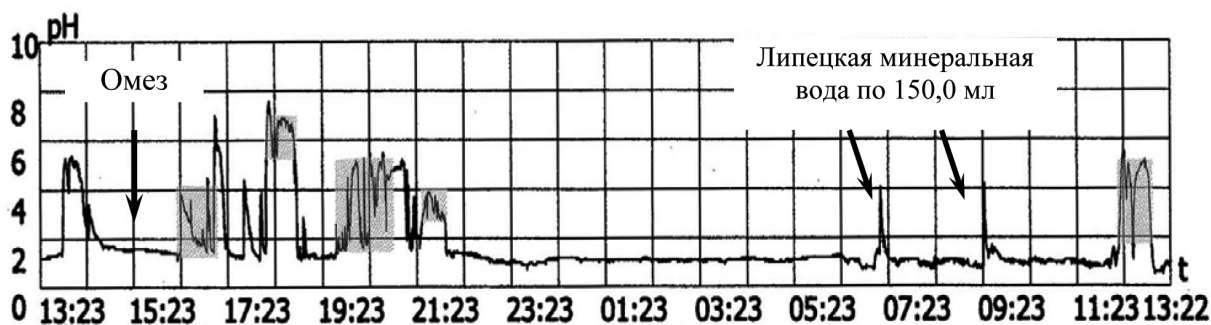


РИС. СУТОЧНАЯ рН-МЕТРИЯ БОЛЬНОГО Г. ЧЕРЕЗ 1 МЕСЯЦ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО УШИВАНИЯ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ ДПК



ТАБЛИЦА 2. ОБЪЁМ ЩЕЛОЧНОГО КОМПОНЕНТА (МЛ.) ПРИ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ ЛИПЕЦКОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ

Стимулятор желудочной секреции	Стимулированная секреция			
	15 минут	30 минут	45 минут	60 минут
Липецкая минеральная вода	12,0 ± 2,01	7,5 ± 1,36	8,2 ± 1,15	7,1 ± 1,03

Другим восстановительным природным фактором является лечебная грязь. Грязелечение оказывает противовоспалительное действие, улучшает обмен веществ, изменяет реактивность организма, его иммунобиологические свойства. Лечебная грязь оказывает благотворное действие на метаболизм и биоэнергетические процессы в организме, усиливает микроциркуляцию слизистой оболочки желудка и печени, улучшает моторику желудка, стимулирует репаративные процессы слизистой гастродуоденальной зоны.

Одним из наиболее доступных методов восстановительного лечения является диетотерапия. Была разработана этапная диетотерапия, важной составляющей которой является Липецкая минеральная вода. На первом этапе диетотерапии (первые 7-12 дней) – этапе приспособления, больные получают дробно уменьшенный объём плотной и жидкой части рациона. На втором этапе – этапе клинического улучшения (с 7-12 дня), кратность приёма пищи уменьшается с 6 до 4 раз, расширяется набор продуктов. Следующий третий этап – этап стабилизации метаболических реакций (с 3-4 недели), больной получает рекомендации для организации домашнего питания. Раннее лечебное питание является донатором пластического материала для клеток, переживающих адаптационно-компенсаторные изменения на стадии послеоперационной реабилитации, удовлетворенная потребность в белках, рекомендуемая по формуле Лоренца, позволяет уменьшить катаболизм в клетках.

На высоте диспепсии приём воды назначается небольшими порциями: по 100-150 мл, до 6-8 раз в сутки. При стихании диспепсических явлений минеральную воду больные принимают за 60 минут до еды по 200-250 мл.

Семидневное меню отвечает целям корреляции этапов диеты, фазам компенсаторно-адаптивных периодов ЖКТ у больных после операции, учитывает влияние химического состава рациона на трофологический статус больных и лабораторные показатели.

Индивидуальный подбор антисекреторных препаратов ускоряет репаративные процессы и позволяет значительно продлить период ремиссии.

У всех пациентов, получивших полностью весь объём реабилитационного лечения, к концу первого этапа реабилитации, полностью исчезли болезненные ощущения, уменьшились или полностью купировались диспепсические расстройства. Повышение аппетита наступало после 10-12 дней диетотерапии, нормализация стула происходила в конце первой недели пребывания в санатории. При проведении лабораторных исследований крови и кала отмечалась явная положительная динамика. Качество жизни больных по приведённым критериям было достоверно выше.

В 1-й группе больных – без санаторно-курортного этапа, в отмеченные сроки наблюдения рецидив язвенной болезни отмечен у 20 больных, что составляет 17,3%. Во 2-й группе больных рецидив отмечен у 5 (4,3%) больных.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, этапная реабилитация больных после ушивания перфоративной пилородуоденальной язвы способствует улучшению ближайших и отдалённых результатов оперативного лечения, более быстрому восстановлению трудоспособности, снижает количество рецидивов язвенной болезни после ушивания перфоративной язвы. Повышает качество жизни. Суточная рН-метрия с индивидуальным подбором антисекреторной терапии должна быть включена в МЭС лечения и реабилитации больных после оперативного лечения язвенной болезни. Санаторно-курортный этап послеоперационной реабилитации должен быть обязательным в программе восстановительного лечения больных после ушивания прободной пилородуоденальной язвы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Афендулов С.А. Реабилитация больных после ушивания перфоративной язвы ДПК / С.А.Афендулов [и др.]// - Хирургия. -2002. -№4.- С.34-37
2. Корочанская Н.В. Принципы поэтапной реабилитации больных перенёсших органосохраняющие операции по поводу осложнённой язвенной болезни ДПК: дис...д-ра мед.наук/ Н.В. Корочанская. -Краснодар, 1999
3. Оноприев В.И. Критерии качества жизни в хирургическом лечении и медикаментозной реабилитации больных с осложнённой язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.И. Оноприев [и др.]// -Краснодар. -2001. -176 с.
4. Лазебник Л.Б. Терапия кислотозависимых заболеваний / Л.Б.Лазебник [и др.]// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2003,- №4. -С. 3-21
5. Леонова М.В. H2-блокаторы в гастроэнтерологической практике: методические рекомендации/ М.В.Леонова, Ю.Б. Белоусов. -М., 1996

Summary

Rehabilitation of patients after suturing of perforated gastroduodenal ulcers

S.A. Afendulov, G.U. Zhuravlev, K.M. Kadirov

Rehabilitation of patients undergoing to suturing of PGDU is an important part of treatment aimed at improving the quality of life. Results of treatment and postoperative rehabilitation of 230 patients were analyzed. Patients were divided into two groups -115 patients without sanatoria and health resort , and 115 patients have passed a sanatoria treatment. Medical treatment was carried out taking into account the daily pH-metry. The role of the sanatorium stage of treatment in the rehabilitation of patients was shown and analyzed some factors of that period. Proved such an important component of the rehabilitation period for sanatorium treatment, as Lipetsk mineral water. This paper demonstrates that stage care rehabilitation patients undergoing to closure PGDU increases the period of remission of ulcer disease, and as a consequence of improving the quality of life. Stage care rehabilitation based drug therapy on the basis of daily pH-metry should be mandatory in the postoperative period of these patients.

Key words: perforated gastroduodenal ulcer, peptic ulcer disease in remission, a sanatoria and health resort treatment, post-operative rehabilitation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

С.А. Афендулов - заведующий кафедрой общей хирургии ТГУ им. Г.Р. Державина; Россия, г.Липецк, ул. Доватора, д. 4-52 тел. 8(4742)37-87-31



Результаты хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста с применением различных методик

Р. Рахматуллаев, А.Х. Норов, Дж.М. Курбонов, Б.Б. Джононов, У.М. Хамроев

Медико-санитарная часть Государственного унитарного предприятия «Таджикская алюминиевая компания», г.Турсунзаде

В работе представлены результаты хирургического лечения 168 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом. При этом 68 больных оперированы с применением лапароскопической техники, 50 больных - минилапаротомным доступом, 50 больных контрольной группы, которые прооперированы традиционным способом. Анализ послеоперационных результатов острого калькулёзного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста показал, что ранние послеоперационные осложнения после традиционной холецистэктомии составляют 16%, после лапароскопической холецистэктомии - 10,3% и после операций минилапаротомным доступом - 6%. Средний койко-день пребывания больного в стационаре составлял $14 \pm 1,5$; $5,9 \pm 1,5$; $5,2 \pm 1,2$ соответственно, что указывает на высокую эффективность методики операции с применением малоинвазивной хирургии.

Ключевые слова: жёлчнокаменная болезнь, острый калькулёзный холецистит, холецистэктомия, минилапаротомия, холедоходуоденостомия, малоинвазивная хирургия

ВВЕДЕНИЕ. В связи с увеличением продолжительности жизни у каждого четвёртого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются жёлчные конкременты, а после 70 лет - у каждого третьего из них [1]. В настоящее время около 60% больных, госпитализированных в хирургические стационары по поводу острого калькулёзного холецистита (ОКХ) являются лицами пожилого и старческого возраста [2]. При этом частота осложнений в возрасте 70 лет и старше достигает 36,6%, что почти в 3 раза выше аналогичного показателя у больных моложе 60 лет [3,4]. Наличие у 84,6-100% пациентов сопутствующих заболеваний жизненно важных органов, обуславливает высокий риск предстоящего оперативного вмешательства [3,4]. В этой связи, данная группа больных относится к категории высокого операционно-анестезиологического риска и лечебная тактика у них остаётся дискуссионной: от выжидательной до сверхактивной, которая не всегда приводит к желаемым результатам. В связи с высокой частотой различных сопутствующих заболеваний, развития осложнений и летальности, на современном этапе развития абдоминальной хирургии остаётся дискуссионным и актуальным выбор хирургической тактики и методики оперативного вмешательства. За последние 10 лет лапа-

роскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в лечении неосложнённой жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) стала золотым стандартом, а применение данной методики при осложнённых формах ЖКБ до сих пор остаётся ограниченным.

С появлением методики холецистэктомии минилапаротомным доступом (МХЭ) (Прудков М.И., 1993) в арсенале хирурга появилась ещё одна методика оперативного лечения ЖКБ, позволяющая избежать ряда специфических осложнений, характерных для ЛХЭ. Данная методика операции с сопоставимым эффектом с ЛХЭ. Необходимо отметить, что о результатах применения данной методики операции при осложнённых формах ОКХ у лиц пожилого и старческого возраста в литературе имеются единичные сообщения, основанные на малом количестве клинических наблюдений [5,6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: сравнительный анализ результатов различных методов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и



хирургического лечения 168 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулёзным холециститом, оперированных с применением малоинвазивной технологии и по традиционной методике за период 2001-2010 гг. в хирургическом отделении медико-санитарной части ГУП «Таджикской алюминиевой компании».

При этом в зависимости от методики выполнения оперативного вмешательства больные были распределены на 3 группы: в I группу входили 68 больных, которым произведена лапароскопическая холецистэктомия; II группа состояла из 50 больных, оперированных минилапаротомным доступом; III контрольную группу составили 50 больных, оперированных традиционным методом (табл. 1).

Среди обследованных мужчин было 48 (32%), лиц женского пола - 120 (78%), возраст больных - от 60

до 96 лет, средний возраст составил $72,4 \pm 1,5$ лет. Сроки госпитализации больных от начала приступа ОХ составили от 8 до 120 часов, при этом наиболее часто, в 86 (51,2%) случаях больные были госпитализированы через 25-72 ч, 48 (28,6%) - через 73-120 ч и всего 34 (20,2%) больных - в первые сутки от начала заболевания.

У большинства обследованных больных отмечались различные сопутствующие заболевания жизненно важных органов, что, в свою очередь, отягощало течение заболевания и повышало риск предстоящего оперативного вмешательства. При этом наиболее часто отмечалась ИБС - у 68 (40,5%), гипертоническая болезнь - у 76 (45,2%), сахарный диабет - у 42 (25%) и у 132 больных отмечено сочетание ИБС с гипертонической болезнью, сахарным диабетом и кардиосклерозом (табл. 2).

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Группа	Методика операции	Возраст			Всего
		60-74	75-89	>90	
I	ЛХЭ	46	22	-	68
II	МХЭ	16	32	2	50
III	ТХЭ	36	14	-	50
ИТОГО:		98	68	2	168

Примечание: ЛХЭ-лапароскопическая холецистэктомия;
МХЭ-холецистэктомия из мини-доступа;
ТХЭ-традиционная холецистэктомия

ТАБЛИЦА 2. ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

Сопутствующие заболевания	Обследованные пациенты по группам			
	I гр. ЛХЭ	II гр. МХЭ	III гр. ТХЭ	Всего (%)
ИБС	19 (27,9%)	33 (66%)	16 (32%)	68 (40,5%)
Гипертоническая болезнь	23 (33,8%)	32 (64%)	21 (42%)	76 (45,2%)
Сахарный диабет	18 (26,5%)	16 (32%)	8 (16%)	42 (25%)
Перенесённый инсульт	1 (1,5%)	2 (4%)	1 (2%)	4 (2,4%)
Перенесённый инфаркт миокарда	2 (2,9%)	6 (12%)	1 (2%)	9 (5,4%)
Туберкулёз лёгких в анамнезе	2 (2,9%)	3 (6%)	1 (2%)	6 (3,4%)
Ожирение	16 (23,5%)	8 (16%)	11 (22%)	35 (20,8%)
Пневмосклероз	2 (2,9%)	5 (10%)	3 (6%)	10 (6,0%)
Старческая энцефалопатия	1 (1,5%)	2 (4%)	-	3 (1,8%)

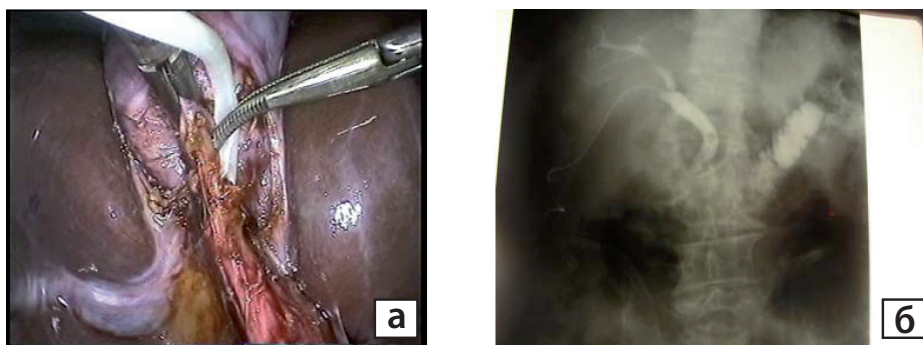


РИС. 1. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ: А) КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ХОЛЕДОХА; Б) ХОЛАНГИОГРАФИЯ

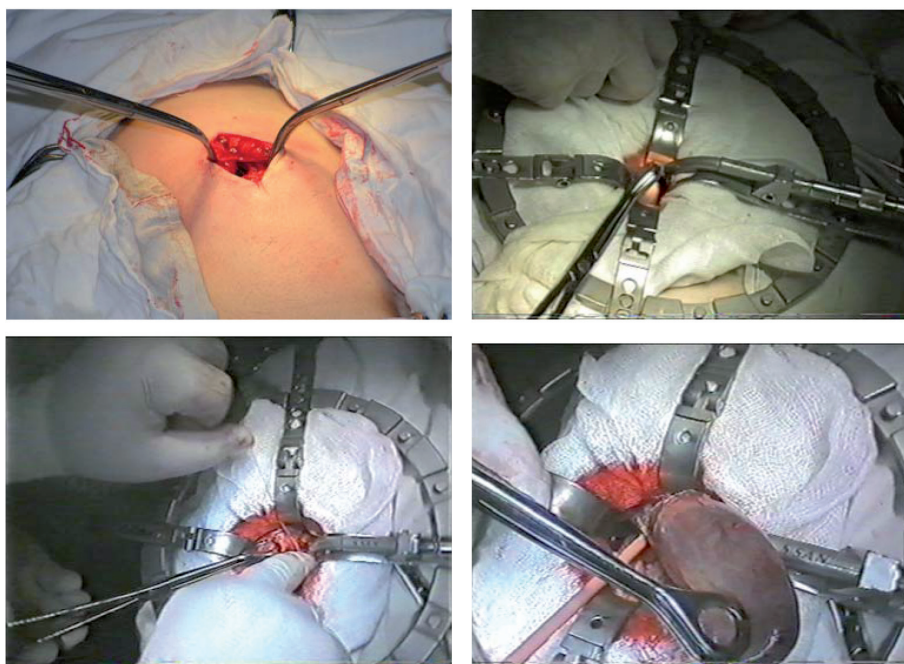


РИС. 2. ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ПРИ МХЭ: А) РАЗРЕЗ КОЖИ; Б) УСТАНОВКА ФИКСИРУЮЩЕГО КОЛЬЦА И ШАРНИРНЫХ РАНОРАСШИРИТЕЛЕЙ; В) ПЕРЕВЯЗКА ПУЗЫРНОГО ПРОТОКА И АРТЕРИИ; Г) ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Из числа обследованных больных 52 (31%) перенесли в анамнезе различные оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

ЛХЭ произведена 68 пациентам. Операцию производили в условиях умеренного карбоксиперитонеума (7-8 мм.рт.ст.) по классической методике (американской). Необходимо отметить, что при обтурационном холецистите производили пункцию жёлчного пузыря с целью декомпрессии. Экстракцию материала производили в контейнере через контрапертуру в правом подреберье, через эту же контрапертуру производили дренирование подпечёночной области перчаточнотрубчатым дренажем. Расширение холедоха более чем на 10 мм нами отмечено у 3 пациентов, им через пузырный проток произведена холангиография (рис.1).

У 2 больных выявлено наличие конкрементов в холедохе, им произведена лапароскопическая холедохолитотомия с помощью катетера «Фогарти».

С применением минилапаротомного доступа оперированы 50 больных, при этом мы используем набор инструментов для минилапаротомного доступа производства НПО «San» (Екатеринбург, Россия). По данной методике разрез производится трансректально или косо справа, отступая на 2 см от рёберной дуги длиной до 4-5 см, устанавливается фиксирующее кольцо и шарнирные ранорасширители, с помощью которых рана расширяется до необходимого размера. С использованием элементов лапароскопической техники (электродиссекция) производится холецистэктомия от шейки (рис.2).



17 (34%) больным с расширением холедоха более 10 мм была произведена интраоперационная холангиография, при этом у 15 (30%) пациентов выявлено наличие множественных конкрементов в холедохе и расширение холедоха от 10 до 30 мм. Этим пациентам через минилапаротомный доступ были выполнены холедохолитотомия и формирование супрадуоденальной холедоходуоденостомии (ХДА) по Юрашу-Виноградову. У 2 пациентов отмечено явление холангита и операция завершена дренированием холедоха по Вишневскому.

По традиционной методике оперированы 50 пациентов. В связи с холедохолитиазом из них 8 пациентам наложен супрадуоденальный холедоходуоденостомоз (ХДА), и у 3 больных в связи с явлениями холангита операция завершена дренированием холедоха по Вишневскому.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При оценке ближайших послеоперационных результатов мы принимали во внимание эффективность каждой из методик оперативного вмешательства путём сравнения результатов оперативных вмешательств, при этом учитывали продолжительность операции, потребности в назначении наркотических анальгетиков, сроки активизации больных, период пребывания их в стационаре и реабилитации, а также частоту послеоперационных осложнений.

Пациенты первой группы оперативное вмешательство переносили легко, в раннем послеоперационном периоде жаловались на незначительные боли в области послеоперационной раны, которые купировались ненаркотическими анальгетиками (анальгин, баралгин в инъекциях). В целом, больные после ЛХЭ в течение суток находились в реанимационном отделении. Больные, которым проведено дренирование холедоха после холедохолитотомии, в зависимости от состояния, в реанимационном отделении находились в течение 2-3-х суток. Дренажные трубки удаляли на 4-е сутки. Холедохостомическую трубку удаляли на 10-е сутки после контрольной холангиографии. Двум пациентам с суточным выделением желчи 350-400 мл на 3-и сутки произведена релапароскопия, причиной жёлчеистечения явилось соскальзывание клипсы из культи пузырного протока. Проведена санация подпечёночной области и повторное клиппирование культи пузырного протока 10 мм клипсом. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил $5,9 \pm 1,5$ дня. Летальных исходов не было.

Пациенты второй группы в раннем послеоперационном периоде жаловались на умеренные боли в области послеоперационной раны, в назначении наркотических анальгетиков не нуждались. В послеоперационном периоде по показаниям проводилась коррекция функций жизненно важных органов (из них 15 пациентам был наложен ХДА по Юрашу-Виноградову).

Пациенты данной группы в среднем в течение 2-х суток находились в реанимационном отделении. Нагноение послеоперационной раны отмечено у одного (2%) пациента, жёлчеистечение до 70-80 мл за сутки из дренажной трубки отмечено у 2 (4%) пациентов, которое прекратилось само на третьи сутки. Дренажные трубки из брюшной полости удаляли на 3-4-е сутки после контрольного УЗИ, а из холедоха на 10-е сутки. Средний койко-день пребывания больных в стационаре составил $5,2 \pm 1,2$ дня, летальных исходов не было.

Больные третьей группы после операции жаловались на боли в области послеоперационной раны, которые купировались инъекцией наркотических анальгетиков в течение 2-х суток по 1 мл в/м по 2-3 раза в сутки. Пациенты активизировались на 3-и сутки, в реанимационном отделении находились в среднем в течение 3-х суток. По показаниям проводилась коррекция функции жизненно важных органов. Нагноение послеоперационной раны отмечено у 3 пациентов; в 1 (2%) случае - нагноение верхнесрединной раны, в 2-х (4%) случаях - нагноение подрёберной раны. В одном случае отмечена клиника жёлчного перитонита, на 4-е сутки проведена релапаротомия; причиной жёлчеистечения оказалась несостоятельность культи пузырного протока в результате прорезывания шва. Средний койко-день пребывания больных составил $14 \pm 1,5$ дня, умерли 2 больных от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности (табл. 3).

**ТАБЛИЦА 3. БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде	ЛХЭ (n=68)	ХЭМД (n=50)	ТХЭ (n=50)
Жёлчеистечение	4 (5,9%)	1 (2%)	2 (4%)
Инфильтрат и серома послеоперационной раны	0	1 (2%)	1 (2%)
Нагноение раны	1 (1,5%)	1 (2%)	2 (4%)
Поддиафрагмальный абсцесс	1 (1,5%)	0	1 (2%)
Жёлчный перитонит	1 (1,5%)	0	2 (4%)
Кровотечение	1 (1,5%)	0	0
Релапароскопия	2 (2,9%)	0	0
Релапаротомия	0	0	2 (4%)
Летальность	0	0	2 (4%)
Осложнения (%)	10,3%	6%	16%

Как видно из представленной таблицы, в ближайшем послеоперационном периоде среди пациентов I-ой группы в 4-х (5,9%) случаях отмечено жёлчеистечение из дренажной трубки, среди больных II группы у одного (2%), после ТХЭ жёлчеистечение отмечено у 2-х (4%) пациентов; нагноение послеоперационной раны отмечено у одного (1,5%); у 1 и 2 (4%) больных соответственно по группам, поддиафрагмальный абсцесс у 1 (1,5%); 0; 1 (2%) соответственно; инфильтрат и серома послеоперационной раны у 0; 1 (2%); 2 (4%) по группам соответственно; кровотечение среди больных I-ой группы отмечено у 1 (1,5%) больного. Среди больных I и III группы у 2-х был также поддиафрагмальный абсцесс. Таким образом, жёлчеистечение, поддиафрагмальный абсцесс среди больных II-III группы были сопоставимы, частота раневых осложнений достоверно отличалась. Наименьшая частота осложнений отмечена среди больных II группы.

При оценке отдалённых результатов учитывали специфические осложнения, характерные при применении данной методики оперативного вмешательства, а именно, послеоперационная грыжа, резидуальный камень, келоидные послеоперационные рубцы, боли в области послеоперационного рубца.

В отдалённом послеоперационном периоде от 5 месяцев до 5 лет наблюдались 42 пациента первой группы, которые не предъявляли жалоб, связанных с проведённой операцией. При объективном осмотре на проекции контраппертуры в правом подреберье (на месте дренажных трубок) у 2 (5,6%) пациентов отмечалось грыжевое выпячивание. По поводу резидуального холедохолитиаза через 3 и 5 лет оперированы 2 пациента, в обоих случаях наложен ХДА по Юрашу-Виноградову.

Из пациентов второй группы в отдалённом послеоперационном периоде от 5 месяцев до 5 лет наблюдались 39 пациентов. Жалоб, связанных с оперативным вмешательством, не было, у одного больного на проекции контраппертуры в правом подреберье (на месте дренажных трубок) отмечалось грыжевое выпячивание.

В отдалённом периоде наблюдались 36 пациентов третьей группы. 8 больных жаловались на неприятные ощущения (онемение) и на периодические боли колющего характера в области послеоперационных рубцов. Грыжевое выпячивание в области послеоперационных рубцов отмечено у 5 пациентов; из них в 2-х случаях - послеоперационная грыжа верхнесрединного рубца, в 3-х случаях - послеоперационная грыжа косоугольного подреберного послеоперационного рубца. Спаечной болезнью страдали 2 пациента и 1 пациент оперирован по поводу острой спаечной кишечной непроходимости.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, у пациентов I-II группы, которые оперированы с применением малоинвазивной технологии в ближайшем и в отдалённом послеоперационном периоде, наблюдалась наименьшая частота различных ранних и поздних послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. В послеоперационном периоде у пациентов третьей группы отмечена высокая частота различных осложнений, связанных с перенесённым оперативным вмешательством и летальный исход в двух случаях. Операции, выполняемые с применением малоинвазивной технологии сопровождаются минимальной частотой различных осложнений, при этом наилучшие результаты отмечаются после холецистэктомии из минилапаротомного доступа.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии жёлчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев // - Видар. М. – 2006. – 557с.
2. Особенности течения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста / А.Х. Алиев [и др.] // Материалы IV-го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, - 2005. – С. 56-57
3. Родионов В.В. Калькулёзный холецистит // В.В. Родионов, М.И. Филимонов, В.М. Могучев. М.: Медицина, -1991. – 320с.
4. Воробьёв А.И. Клинико-иммунологические аспекты диагностики и хирургического лечения скрытых форм деструктивного холецистита: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.И. Воробьёв. - Волгоград. – 2006. – 21с.
5. Кригер А.Г. Лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе и холедохотомия из минидоступа : руководство по хирургии жёлчных путей / А.Г. Кригер, А.М. Шлутко, М.И. Прудков; под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. – 2-е изд., - М.: Видар – 2009. – С.380-386
6. Прудков М.И. Минилапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных ЖКБ / М.И. Прудков // Хирургия.- 1997. - №1. – С. 32-35

Summary

Results of surgical treatment of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients using different techniques

R. Rakhmatullayev, A.K. Norov, J.M. Kurbanov, B.B. Dzhononov, U.M. Khamroev

The results of surgical treatment of 168 elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis were presented in the article. Laparoscopic techniques used 68 patients, mini-laparotomy access - for 50 patients, in the control group 50 patients underwent to surgery in the traditional way. The analysis of postoperative outcomes of acute calculous cholecystitis in elderly and senile patients showed 16% of early postoperative complications after traditional cholecystectomy, after laparoscopic cholecystectomy - 10.3%, and after surgery using mini-laparotomy access - 6%. The average hospital stay of patients' stay in hospital was $14 \pm 1,5$; $5,9 \pm 1,5$; $5,2 \pm 1,2$, respectively, which indicates a high efficiency method of surgery using minimally invasive surgery.

Key words: cholelithiasis, acute calculous cholecystitis, cholecystectomy, minilaparotomy, choledochoduodenostomy, minimally invasive surgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.Рахматуллаев – главный врач МСЧ ГУП ТАЛКО;
Таджикистан, г.Турсунзаде,
E-mail: Rakmatullaev@inbox.ru



Непосредственные результаты неоадьювантной химиолучевой терапии рака прямой кишки

М.А. Кузиков

Казахский НИИ онкологии и радиологии, г. Алматы, Республика Казахстан

В данной статье рассмотрены вопросы комбинированной терапии 146 больным раком прямой кишки. В основной группе 44 пациентам проведена неоадьювантная химиолучевая терапия с последующей радикальной операцией. В контрольных группах проведены только оперативное лечение и неоадьювантная лучевая терапия. После неоадьювантной химиолучевой терапии положительная рентгенологическая динамика отмечена у 72,7% пациентов, тогда как в группе получивших только лучевую терапию – 52,6%.

Ключевые слова: рак прямой кишки, химиотерапия, лучевая терапия, неоадьювантная химиолучевая терапия

ВВЕДЕНИЕ. Рак толстой кишки составляет 15% в структуре общей онкологической заболеваемости и 30% из этого числа составляет рак прямой кишки (РПК). Ежегодно в мире регистрируют более одного миллиона случаев колоректального рака [1]. В большинстве стран мира смертность от РПК занимает 5-6 место [2]. Проблема РПК в течение десятилетий продолжает оставаться в центре внимания ведущих отечественных и зарубежных онкологов, так как стратегической целью лечения рака является полное выздоровление больных с сохранением основной функции толстой кишки – управляемой дефекации [3]. К сожалению, при лечении РПК эта цель оказывается недостижимой, так как нередко радикализм операции достигается за счёт обширных резекций с потерей запирающего аппарата прямой кишки. Непроходимость, перфорация опухоли, кровотечение, перифокальный воспалительный процесс требуют экстренного хирургического вмешательства [4]. Кишечная непроходимость, занимающая первое место в структуре осложнённых форм колоректального рака, является одной из важных проблем в онкологии [5,6,3]. Частота этого осложнения колеблется от 15 до 88,9% [7,3]. При этом летальность больных от этого осложнения достигает до 5 лет [8]. Отмечается тенденция к росту колостомированных больных, что приводит к снижению работоспособности, росту инвалидизации населения в трудоспособном возрасте [6].

В настоящее время нет общепризнанных рекомендаций по тактике хирургического и комбинирован-

ного лечения больных РПК [9,4]. За последние годы опубликован ряд исследований о целесообразности проведения неоадьювантной химиолучевой терапии РПК [10,11].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: совершенствование методов лечения рака прямой кишки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В основу клинического исследования были включены сведения о 146 больных РПК, которым провели химиолучевое, хирургическое и комбинированное лечение в онкопроктологическом отделении Казахского НИИ онкологии с 2009 г. по 2010 г. В анализируемую группу вошли 69 (47,2%) женщин и 77 (52,7%) мужчин в возрасте от 26 до 86 лет. Средний возраст мужчин составил $64,6 \pm 9,4$ года, женщин - $61,8 \pm 11,8$ лет. В зависимости от вида проведённого лечения все больные были разделены на три группы: I группа (основная) – пациенты, которым проведена неоадьювантная химиолучевая терапия с последующей радикальной операцией (44 человека) по предложенному нами методу; II группа – пациенты, получившие неоадьювантный курс лучевой терапии (52 человека); III группа – пациенты, получившие только оперативное лечение (50 человек).

Во всех исследуемых группах были проведены клинически радикальные операции. Сравнительный анализ эффективности проведён нами на основании данных результатов лечения больных основной и контрольных групп. Исследование было нерандомизированным, поэтому принципиальным явились



ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОПУХОЛИ

Метод лечения	I стадия	II стадия	III стадия	IV стадия
	Абс. %	Абс. %	Абс. %	Абс. %
Неoadьювантный ХТ+ЛТ+операция (n=44)	5 (11,4±2,5)	17 (38,6±4,1)	20 (45,5±4,3)	2 (4,5±1,6)
Неoadьювантный ЛТ+операция (n=52)	4 (7,7±2,3)	24 (46,1±3,9)	22 (42,3±4,4)	2 (3,8±1,5)
Только операция (n=50)	5 (10,0±2,7)	21 (42,0±3,7)	23 (46,0±3,9)	1 (2,0±0,9)
Всего	14 (9,5±2,1)	62 (42,5±3,8)	65 (44,5±3,7)	5 (3,4±1,1)

идентичность распределения больных в группах по полу и возрасту, морфологической структуре, распространённости опухолевого процесса, характеру оперативного вмешательства. В основной группе были 21 мужчина и 23 женщины, в группе пациентов, получивших в предоперационном периоде лучевую терапию их было поровну (по 26), а в группе больных, получивших только хирургическое лечение, мужчин было 30 и женщин 20. Таким образом, в первых двух группах женщины несколько преобладали, а в третьей, наоборот, мужчин было несколько больше – 60% и 40%, соответственно. Основное число больных находилось в возрасте 50 лет и старше (более 80%) и только около 20% были в возрасте до 50 лет.

Гистологически высокодифференцированные опухоли наблюдались в 18,5% случаев. Более чем в два раза чаще встречались умеренно-дифференцированные варианты аденокарцином (38,4%) и чаще всего гистологически опухоли были представлены низкодифференцированным типом – в 43,1%.

Распространённость опухоли определяли согласно Международной классификации злокачественных опухолей по системе TNM, разработанной и дополненной специальным комитетом Международного противоракового союза (табл. 1). У исследованных нами больных РПК, первая стадия опухолевого процесса была отмечена у 14 пациентов (9,5%), вторая стадия – у 62 (42,5%), третья – у 65 (44,5%) и четвёртая – у 5 (3,4%). Таким образом, относительно запущенности третья и четвёртая стадия опухоли были выявлены почти у половины больных – 70 пациентов (около 48%). И примерно столько же было пациентов с начальными стадиями опухоли (I и II стадии) – 76 больных (52%).

Распределение больных по группам в зависимости от распространения в лимфатические узлы или по

критерию N, согласно международной классификации. Из 44 пациентов основной группы у 25 (56,8%) лимфатические лимфоузлы не были поражены, а в 19 случаях (43,2%) имелось распространение опухолевого процесса в локо-регионарных лимфоузлах. Во второй группе больных, получивших лучевую терапию в предоперационном периоде в 29 случаях (55,8%) лимфоузлы были негативными и в 23 (44,2%) случаях они являлись морфологически позитивными. В третьей группе пациентов соотношение было примерно таким же – 56,0% и 44,0%, соответственно. Учитывая, что различия показателей были статистически недостоверными, можно считать, что по критерию распространения процесса в лимфатические узлы локо-регионарной зоны группы были также идентичны.

Оперативное лечение было выполнено у всех больных как в основной, так и контрольных группах. Все выполненные операции носили радикальный характер. Радикальность операций соответствовала принятым в онкологии определённым принципам. Были выполнены следующие оперативные вмешательства – брюшно-анальная резекция, экстирпация прямой кишки, передняя резекция, низкая резекция, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, операции с илео- и колостомией и операция Гартмана (табл.2).

МЕТОДИКИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ. Всем больным проводили общепринятые методики обследования: рентгенологическое исследование прямой кишки и органов грудной клетки, эндоскопическое исследование прямой кишки, включая биопсию, УЗИ брюшной полости, печени, почек, органов малого таза, включая трансректальное и трансвагинальное исследование. Также всем больным проводилось исследование функции внешнего дыхания (ФВД), электрокардиография (ЭКГ) и общеклинические анализы крови. По показаниям проводили компьютерную томографию малого таза, сцинтиграфию скелета,



ТАБЛИЦА 2. ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

Вид оперативного вмешательства	Количество больных (1 группа)	Количество больных (2 группа)	Количество больных (3 группа)	Всего
Передняя резекция прямой кишки	15	12	12	39
Низкая передняя резекция прямой кишки	5	2	4	11
Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки	7	10	8	25
БПЭ прямой кишки с формированием Э-образного резервуара	2	2	2	6
ПРПК с разгрузочной илеостомой	4	5	9	18
БАР прямой кишки с разгрузочной колостомой	10	19	13	42
Операция Гартмана	1	2	2	5
Всего	44	52	50	146

сканирование почек. Морфологическое подтверждение опухоли было обязательным и выполнено во всех исследуемых группах.

МЕТОДИКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ. Принятая в КазНИИОиР методика ионизирующего излучения соответствует общепринятым принципам в онкологической практике и основана на различиях в радиочувствительности опухоли и нормальных тканей, что именуется радиотерапевтическим интервалом. Нами был использован режим классического фракционирования дозы: РОД 2 Гр ежедневно, 5 раз в неделю до СОД 50 Гр. В объём облучения включали всю прямую кишку и прилегающие параректальные, наружные, внутренние, общие подвздошные, пресакральные лимфатические узлы. В зависимости от локализации и распространённости опухолевого процесса использовали: статическое облучение (двух-, четырёхпольные методики), либо подвижное (секторное качание) с углами вращения 240-120 градусов, или их сочетание.

Планирование лучевой терапии было строго индивидуальным. Определяя оптимальный вариант лечения для каждого пациента, строили эскиз поперечного среза. Для воспроизведения топографии опухоли прямой кишки на поперечном срезе использовали рентгенограммы органа в двух проекциях, которые были взаимно перпендикулярными. На них с помощью линейных свинцовых меток были обозначены центры будущих полей. В дальнейшем сопоставляли истинный размер свинцовой метки с размером на рентгенограмме, определяли соответствующий коэффициент увеличения, и вносили поправку для каждого размера по ходу центрального луча, переносимого с рентгенограммы на эскиз поперечного среза, на котором определяли расположение опухоли и окружающих её органов. На из-

готовленном срезе выбирали число, ширину и углы наклона полей. При этом соблюдали следующие принципы: зона макроскопически определяемого опухолевого поражения с прилежащими участками охватывалась 90-100% изодозой, зона субклинического распространения опухоли (регионарные лимфатические узлы и клетчатка малого таза) - 80-80%.

МЕТОДИКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ. Пациентам основной группы химиотерапия проводилась 3 курсами с перерывом 2-3 недели в режиме FOLFIRI (иринотекан — 180 мг/м² в/в капельно в 1-й день, фолинат кальция (лейковорин) — 200 мг/м² в/в в 1-й день, фторурацил — 400 мг/м² в/в струйно в 1-й день, затем фторурацил — 2,4-3,0 г/м² 24-часовая в/в инфузия), параллельно 3 курсу химиотерапии проводилась лучевая терапия.

Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью общепринятых методов санитарной статистики, а достоверность сравниваемых величин оценена с помощью критерия Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты эффективности лучевой и химиолучевой терапии в предоперационном периоде были оценены нами у 52 и 44 пациентов, соответственно. В основном это был компонент комбинированного лечения. До начала терапии большинство пациентов было признано резектабельными в отношении злокачественной опухоли прямой кишки. Небольшая часть пациентов, имевших четвертую стадию заболевания, были признаны условно радикальными. Тем не менее, им проводилась соответствующая терапия с паллиативной целью. Однако, даже проведение терапии с паллиативной целью, позволило им выполнить впоследствии радикальные операции.


ТАБЛИЦА 3. ДИНАМИКА ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПО ДАННЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Группы пациентов	Рентгенологические изменения		
	Положительная динамика	Стабилизация	Отрицательная динамика
Предоперационная лучевая терапия	30 (57,6±2,1%)	22 (42,4%)	-
Предоперационная химиолучевая терапия	32 (72,7±2,3%)*	12 (27,3%)	-

Примечание: * - $p < 0,05$

Субъективный положительный эффект в виде улучшения общего состояния, уменьшения болей, ложных позывов на стул, выделения крови и слизи, в процессе лучевой терапии был отмечен у 49 (94,2%) из 52 и у 42 (95,4%) больных ($p < 0,05$). Положительной динамики, т.е. у тех, у которых характер жалоб не изменился существенно к моменту завершения лечения, не было у 3 и 2 пациентов, соответственно.

Изучение динамики проявлений клинической симптоматики показало, что уже после проведения половины курса предоперационной лучевой терапии в дозе 20 Гр улучшается общее состояние, наблюдается уменьшение выделения крови и слизи, снижается болевая симптоматика. Такие положительные сдвиги наступили у 27 пациентов данной группы исследованных.

Регрессию опухоли в процессе лечения оценивали на основании сравнительного анализа данных рентгенологического и эндоскопического методов исследования, выполненных до начала и после окончания курса противоопухолевого лечения. Контрольное обследование проводили после стихания лучевых реакций.

Непосредственный эффект от проведения лучевой/химиолучевой терапии в предоперационной периоде, по данным рентгенологического исследования, оценен у всех пациентов данной группы, динамика которых представлена в таблице 3.

Из данной таблицы видно, что положительная динамика была отмечена у 30 и 32 пациентов данной группы, что составило 57,6% и 72,7%, соответственно, а стабилизация процесса наблюдалась у оставшейся части больных ($p < 0,05$). Таким образом, отсутствие положительной динамики или отрицательные сдвиги не выявлялись.

Непосредственный эффект предоперационной лучевой/химиолучевой терапии оценивали и по данным контрольной ректоскопии, которая была выполнена также всем больным. При этом полная

или частичная резорбция опухоли была отмечена у подавляющего числа обследованных – в 45 случаях (86,5%) в первой группе и в 40 (90,9%) случаях – во второй. Стабилизация процесса отмечена в 7 (13,5%) и 4 (8,1% случаев, соответственно.

На протяжении лучевой терапии практически у всех пациентов отмечалось учащение стула. Однако это не явилось препятствием для продолжения терапии. Тем не менее, у 4 пациентов (7,7%) из 52 учащения стула были довольно выраженными – до 8-10 раз в сутки. При этом в двух случаях отмечено повышение температуры тела, тенезмы, боли, чувство жжения в прямой кишке. Эти явления в основном возникли на дозе свыше 30 Гр. и лечение им пришлось прекратить. При проведении комбинации химиотерапии и облучения эти побочные явления были несколько выраженными: у 6 (13,6%) пациентов из 44 наблюдалась подобная симптоматика. Были назначены симптоматические средства на период 5-7 дней: дезинтоксикационные препараты, колибактерин, бифидумбактерин, линекс, имодиум и т.п.). После стихания побочных реакций и купирования симптомов лучевая терапия была продолжена. В последующем им были выполнены радикальные оперативные вмешательства.

Лучевые и токсические циститы в целом наблюдались у 18 пациентов (34,6%) в группе, получавших только лучевую терапию и у 16 (36,3%) в группе с химиолучевой терапией (разность статистически недостоверна). Из 18 больных раком прямой кишки у 12 (23,1%) лучевые циститы были лёгкой степени, которым лечение не прерывалось, а на этом фоне проводилась симптоматическая и дезинтоксикационная терапия (обильное щелочное питьё, диуретики, уросептики, травы и др.). У 6 пациентов (11,5%) лучевой цистит был довольно выраженным и лечение было отсрочено на одну неделю, в течение которой больные получили симптоматическую и противовоспалительную терапию. Всем пациентам через одну неделю была продолжена лучевая терапия до планируемых доз. А впоследствии им была выполнена радикальная операция.



ТАКИМ ОБРАЗОМ, в нашем исследовании все пациенты сумели пройти весь этап предоперационной лучевой терапии, причём основное число их прошло по намеченным срокам. Незначительная часть пациентов, из-за побочного действия лучевой терапии и возникших реакций (цистит и ректит) завершила в отсроченные сроки.

В качестве критериев оценки непосредственных результатов лечения больных РПК избраны общепринятые показатели: частота и структура послеоперационных осложнений и летальности, они отмечены в 19 (20,2%) наблюдениях во всех группах, вместе взятых. В структуре ранних послеоперационных осложнений преобладали гнойно-воспалительные процессы, в том числе нагноение послеоперационной раны в 8 случаях (5,4%). Причём из 8 случаев в 5 они возникли после брюшно-промежностных экстирпаций. Из других воспалительных реакций в 2 случаях (1,3%) была отмечена пневмония. Кровотечение в полости малого таза наблюдалось у 4 пациентов (2,7%), которое в 3 случаях потребовало релапаротомии и остановки геморрагии. Кровотечение в этих случаях носило паренхиматозный характер. В четвёртом случае кровотечение было остановлено консервативными методами. Послеоперационной летальности при хирургическом лечении больных РПК в трёх группах не было. В 2 случаях была отмечена эвентрация кишечника. Эти пациенты были ослабленными, с различными сопутствующими заболеваниями. Однако проведение соответствующих хирургических и консервативных мероприятий способствовало благоприятному разрешению этих грозных осложнений.

ВЫВОД. Непосредственные результаты неoadjuвантной химиолучевой терапии рака прямой кишки показали, что число послеоперационных осложнений было незначительным, и сопоставимо с группой пациентов, получивших только лучевую терапию. При сравнении клинической и рентгенологической картины сравниваемых групп отмечается статистически достоверное улучшение непосредственных результатов в основной группе, что позволяет надеяться на относительно лучший прогноз и повышение выживаемости больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Charles E. New Treatment Options for Colorectal Cancer /E.Charles, Daniel J. Sargent//NEJM. 2004. V.351. P. 391-392
2. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2007 г. / М.И.Давыдов, Е.М.Аксель //Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. -2009. -Т.20. Прилож. №1. – 150 с.
3. Пугаев А.Е. Обтурационная опухолевая толстокишечная непроходимость / А.Е.Пугаев, Е.Е.Ачкасов. - М.: Наука, -2005. – 224 с.
4. Glynn Jones R. Preoperative chemoradiation in rectal cancer: why we need a common language // Onkologie. 2005. V.28. P.237-240
5. Александров В.Б. Рак прямой кишки /В.Б.Александров. -М. Медицина,-1977.-199 с.
6. Алиев С.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения непроходимости ободочной кишки опухолевого генеза / С.А.Алиев //Вестник хирургии им. И.И. Ерекова. 2005. №2. С.34-39
7. Барсуков Ю.А. Полирадиомодификация – новый подход в комбинированном раке прямой кишки /Ю.А.Барсуков [и др.]//Материалы конф. «Актуальные вопросы абдоминальной онкологии». -М. -2005. -С. 44-45
8. Сидоров Д.В. Современные принципы лечения рака прямой кишки / Д.В.Сидоров, Л.А. Вашакмадзе //Сибирский онкологический журнал. -2000. -№1. -С.50-54
9. Corvo R. Radiotherapy and oral capecitabine in the preoperative treatment of patients with rectal cancer: rationale, preliminary results and perspectives / R.Corvo [et al.] //Tumor. 2003. V.89. P.361-367.
10. Anush Patel, Ajithkumar Puthillath, Gary Yang. Neoadjuvant Chemoradiation for Rectal Cancer: Is More Better? //Oncology. V. 22. No. 7. P. 345-348.
11. Ананко А. «Золотой стандарт» в лечении рака прямой кишки / А. Ананко. -Бавария, -2006. – 23 с.



Summary

The immediate results of neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer

M.A. Kuzikeev

This article examines the issues of combination therapy of 146 patients with rectal cancer. In the study group neoadjuvant chemoradiotherapy followed by radical surgery performed for 44 patients. In the control groups performed only surgery and neoadjuvant radiation therapy. After neoadjuvant chemoradiotherapy positive X-ray dynamics was noted in 72.7% of patients, whereas in the group receiving only radiation therapy - 52.6%.

Key words: rectal cancer, chemotherapy, radiation therapy, neoadjuvant chemoradiotherapy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.А. Кузиков – старший научный сотрудник
торакоабдоминального отделения КазНИИОиР;
Республика Казахстан, Алматы, ул. Абая, 91
E-mail: marakuzi@mail.ru



Применение миниинвазивных методов в диагностике и лечении холедохолитиаза

Б.Д. Бобоев, С. Саидилхомзода*

Кафедра факультетской хирургии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, Россия

*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Душанбе, Таджикистан

В основу работы положены результаты обследования 86 пациентов с подозрениями на холедохолитиаз. Эффективность метода магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) в диагностике холедохолитиаза составила 98,5%. Использование МРХПГ позволило с высокой степенью достоверности верифицировать диагноз, определить распространённость патологического процесса, выбрать оптимальный метод оперативного пособия, избежать развития различных осложнений, сопровождающих инвазивные диагностические вмешательства.

Ключевые слова: холедохолитиаз, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, лапароскопическая холецистэктомия

АКТУАЛЬНОСТЬ. Проблема диагностики холедохолитиаза как одного из самых частых осложнений жёлчнокаменной болезни (ЖКБ), несмотря на все достижения современной медицины, по-прежнему остаётся актуальной [1-3]. Большинство больных холедохолитиазом с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями находится в пожилом и старческом возрасте. Механическая желтуха, гнойный холангит и острый панкреатит усугубляют тяжесть их общего состояния, поэтому поиск своевременных и эффективных методов диагностики и миниинвазивных способов лечения холедохолитиаза при ЖКБ представляется весьма актуальным [1,4-6].

В настоящее время одно из основных мест в диагностике холедохолитиаза занимают методы прямого контрастирования: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ) [5]. Применение ЧЧХГ ограничено строгими показаниями из-за её высокой степени инвазивности и, соответственно, риска развития тяжёлых осложнений [7]. Однако, этот способ остаётся методом выбора при невозможности выполнения ЭРХПГ.

ЭРХПГ, обладая высокой диагностической информативностью, как и ЧЧХГ, не исключает возможности развития осложнений (острого панкреатита, холангита, сепсиса, аллергических реакций и др.). Частота их колеблется от 0,8% до 20%, некоторые авторы указывают на невысокую летальность - приблизительно у 1% больных [3,5,7].

В последние годы благодаря внедрению магнитно-резонансно-томографических (МРТ) программ можно получать прямое изображение протоков печени и поджелудочной железы (как при ЭРХПГ) без инвазивного вмешательства и введения контрастных веществ [1,2,5].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшение результатов диагностики и лечения желчнокаменной болезни, осложнённой холедохолитиазом, на основе комплексного применения современных высокоинформативных неинвазивных методов исследования и определения преимуществ малоинвазивных методов оперативного вмешательства.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В основу работы положены результаты комплексного клиничко-лабораторного, лучевого и эндоскопического обследования 86 пациентов с подозрениями на холедохолитиаз, находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии СПбГМУ им. академика И.П.Павлова за период с 2005 по 2010 год. В результате комплексного обследования у 63 пациентов выявлены конкременты внепечёночных жёлчных протоков, из них резидуальный холедохолитиаз – у 4, сочетание холедохолитиаза с синдромом Мирицци (СМ) – у 6 больных.

Мужчин было 9 (10,5%), женщин – 77 (89,5%). Возраст больных варьировал от 25 до 87 лет (средний возраст – $67,3 \pm 12,0$ лет). Пациентов старше 60 лет было 48 (55,8%). Длительность клинических проявлений заболевания колебалась от одной недели до 26 лет. Сопутствующие патологии (ишемическая болезнь



**ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПО ХАРАКТЕРУ ОСЛОЖНЕНИЙ
ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Клинические варианты	Количество	%
Желтуха в анамнезе	14	16,3
Желтуха при поступлении	31	36
Холангит	18	20,9
Билиарный панкреатит	14	16,3
Холестаз (повышение билирубина, трансаминазы, щелочной фосфатазы)	64	74,4

сердца, постинфарктный и артериосклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II–III стадии, сахарный диабет и др.) выявлены у 32 (37,2%) пациентов, из них у 45 (52,3%) имелось сочетание двух и более заболеваний.

Механическая желтуха при поступлении в клинику имела у 31 (36%) больного и у 24 (27,9%) она отмечена в анамнезе, после приступов болей в правом подреберье (табл. 1). Сопутствующий механической желтухе холангит диагностирован в 28 (32,5%) и билиарный панкреатит – в 14 (16,3%) случаях. Биохимические признаки нарушения пассажа желчи (повышение билирубина, трансаминазы, щелочной фосфатазы) обнаружены в 64 (74,4%) случаях.

Больным применяли следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, биохимический анализ крови (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза, коагулограмма, мочевины, креатинин, сахар), определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), УЗИ, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), ЭРХПГ, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную холангиопанкреатографию (МРХПГ), интраоперационную холангиографию (ИОХГ) или интраоперационную холангиоскопию (ИОХС).

При проведении МРХПГ диаметр жёлчных путей оценивался на разных уровнях: долевые протоки, общий печёночный проток, общий жёлчный проток, ретродуоденальный и интрапанкреатический отделы холедоха; также конфигурацию терминального отдела холедоха, уточнялось наличие дефектов заполнения жёлчных протоков, проявляющихся участками отсутствия или снижения МР - сигнала.

Диагностическую ценность инструментальных методов исследования определяли с использованием следующих параметров (Р.Флетчер с соавт., 1998): чувствительность – доля пациентов с заболеванием, у которых диагностический тест положителен; специфичность – доля пациентов без заболевания, у

которых диагностический тест отрицателен; точность – вероятность верного результата теста – отношение истинно положительных и истинно отрицательных признаков ко всем полученным результатам (включая ложноположительные и ложноотрицательные) [8].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Всем 86 больным при поступлении было выполнено полипозиционное УЗИ в режиме датчика 3,5 МГц. При этом ультразвуковыми признаками холедохолитиаза явилось расширение жёлчных внутрипечёночных протоков, общего печёночного и жёлчного протоков, гиперэхогенные включения с акустической тенью разной степени интенсивности. Камни общего жёлчного протока (ОЖП) при УЗИ выявлены лишь у 34 (39,5%) больных. Вместе с тем признаки билиарной гипертензии в виде расширения ОЖП более 8 мм отмечены у 57 (66,3%) больных. Ложноотрицательное заключение об отсутствии камней в ОЖП имело место в 26 (30,2%) наблюдениях. Ложноположительные результаты о наличии конкрементов ОЖП получены в 3 наблюдениях, что было обусловлено скоплениями замазкообразной желчи – “билиарный сладж”, в дальнейшем это подтверждено при интраоперационной холангиоскопии (ИОХС). Затруднения в диагностике конкрементов имели место при наличии камней в терминальном отделе ОЖП и не расширенных жёлчных протоках, а также пневматозе кишечника. Таким образом, при УЗИ диагностическая точность составила 66,3%.

В 8 (9,3%) случаях в связи с трудностями верификации диагноза между холедохолитиазом и образованием головки поджелудочной железы было выполнено КТ-исследование. На основании КТ-семиотики у 3-х пациентов выявлен холедохолитиаз, что в дальнейшем было подтверждено при ИОХС. При этом ложноотрицательный результат имел место в 2-х случаях.

ЭРХПГ выполнена 14 (16,3%) больным. Рентгенологическими признаками холедохолитиаза были нали-

чие холангиоэктазии с определяющимися тенями конкрементов, а также неомогенность заполнения какого-либо из отделов жёлчных протоков. Холедохолитиаз на основании ЭРХПГ выявлен у 12 больных. Этим пациентам выполнили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с литоэкстракцией. В 2-х случаях возникло незначительное кровотечение из папиллотомной раны, остановленное электрокоагуляцией. В одном случае развилась клиническая картина острого панкреатита, который был купирован консервативными методами. Диагностическая точность данного метода при холедохолитиазе составила 85,7%.

Наиболее информативным методом исследования жёлчных путей, позволяющим установить точную причину и уровень нарушения проходимости, по нашим наблюдениям, оказалась МРХПГ. Этот метод исследования применён 34 (39,5%) больным на томографе с напряжённостью магнитного поля 1,5 Тл.

При МРХПГ специфическим признаком наличия конкремента в холедохе был округлый участок с низкой интенсивностью сигнала (рис.). МРХПГ позволила верифицировать камни в жёлчных протоках у 31 пациента, при этом в нерасширенном общем жёлчном протоке – у 8 больных. В 19 случаях были выявлены множественные (от 2 до 5) конкременты в ОЖП, в том числе в дистальном его отделе - у 11 больных. Минимально визуализируемый размер конкрементов составил 2 мм. В 3-х случаях при МРХПГ выявлена

картина синдрома Мириззи, магнитно – резонансными признаками которого были: конкремент, расположенный в шеечном отделе жёлчного пузыря или пузырном протоке, стриктура гепатикохоледоха на уровне конкремента с пристенотическим расширением гепатикохоледоха и внутривнутрипечёночных протоков.

При выявлении методом МРХПГ холедохолитиаза ЭРХПГ не выполнялась. Лечебная тактика заключалась в одномоментной коррекции жёлчных путей во время лапароскопической или открытой операции. При интраоперационной холангиографии и фиброхолангиоскопии во всех наблюдениях диагноз «холедохолитиаз» был подтверждён. Более того, в большинстве случаев размеры и количество конкрементов соответствовали данным МРХПГ. Диагностическая точность метода МРХПГ при холедохолитиазе составила 98,5%.

При холедохолитиазе открытая холецистэктомия (ОХЭ), холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха выполнено 39 больным (табл. 2). Холецистэктомия, холедохолитотомия и разобщение пузырно-холедохеального и холедоходуоденального свищей с наружным дренированием холедоха выполнено 3 пациентам. После адекватной санации жёлчного дерева при ОХЭ у 35 пациентов операция завершена дренированием по Керу; у 3 пациентов – по Вишневному; в 1 случае – по Пиковскому.

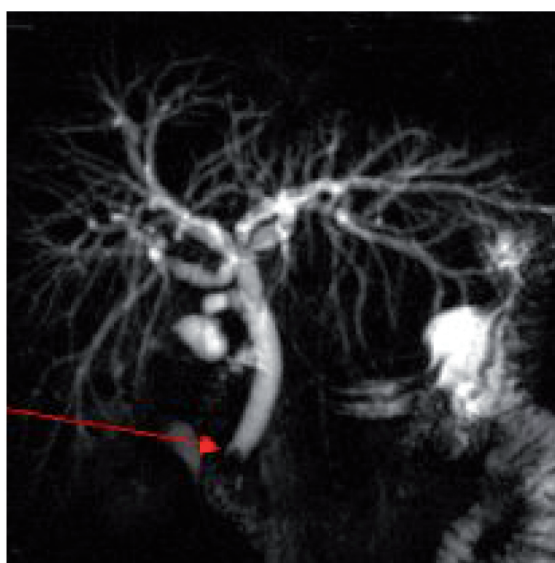


РИС. В ТЕРМИНАЛЬНОЙ ЧАСТИ ХОЛЕДОХА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ГИПОИНТЕНСИВНАЯ СТРУКТУРА (КОНКРЕМЕНТ)



ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Объём операций	Кол-во
Открытая холецистэктомия + холедохолитотомия + наружное дренирование холедоха по Керу	35
Открытая холецистэктомия холедохолитотомия + наружное дренирование холедоха по Вишневскому	3
Открытая холецистэктомия + холедохолитотомия + наружное дренирование холедоха по Пиковскому	1
Открытая холецистэктомия + холедохолитотомия + разобщение билиодигестивных свищей + дренирование общего жёлчного протока по Керу	3
Лапароскопическая холецистэктомия + холедохолитотомия через холедохотомное отверстие + дренирование холедоха по Керу	4
Лапароскопическая холецистэктомия + транспузырная литоэкстракция + дренирование холедоха по Холстеду – Пиковскому	2
Лапароскопическая холецистэктомия + разобщение холецисто-холедохеанального, холецисто-дуоденального свищей, дренирование холедоха по Керу	3
Лапароскопическая холецистэктомия + эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией	8
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией при резидуальном холедохолитиазе	4
ВСЕГО	63

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с лапароскопической холедохолитотомией была выполнена в 6 случаях, в том числе – у 2 пациентов литоэкстракция была произведена через пузырный проток. В 3 случаях со II типом СМ, при визуализации свищевого дефекта в стенке ОЖП, выполнена лапароскопическая холецистэктомия от дна с извлечением конкрементов из холедоха через фистулу. После интраоперационной холедохоскопии операции закончены дренированием по Керу и пластикой дефекта холедоха участками оставшейся стенки жёлчного пузыря.

Двухэтапный метод, включающий ЭПСТ с последующей ЛХЭ (через 7-12 дней) был применён 8 пациентам. У 4 (6,4%) больных с резидуальным холедохолитиазом после ранее перенесённой ЛХЭ проведены ЭПСТ и удаление камней.

Таким образом, из 63 пациентов: в 42 (66,7%) случаях выполнены открытые операции; в 9 (14,3%) – одновременно произведено ЛХЭ с холедохолитотомией; в 8 (12,7%) – выполнена ЭПСТ, а затем ЛХЭ; а в 4 (6,3%) случаях при резидуальном холедохолитиазе проведена ЭПСТ.

Интраоперационных осложнений не отмечено. В послеоперационном периоде осложнения имели место у 3 (4,3%) больных: у одного – формирование подкапсульной гематомы печени с последующим её разрывом, жёлчный перитонит, развившийся после удаления дренажа Кера – у 2. Все они были повторно оперированы. Умер один (1,4%) больной. Причиной смерти явилась острая сердечнососудистая недостаточность на почве жёлчного перитонита и сепсиса. Необходимо отметить, что у больных, перенёвших лапароскопические операции, послеоперационное течение протекало без осложнений.

ВЫВОД. Метод МРХПГ является высокоинформативным и неинвазивным в диагностике холедохолитиаза, в том числе при нерасширенных жёлчных протоках и конкрементах малых размеров. Использование МРХПГ позволяет с высокой степенью достоверности верифицировать диагноз, определять распространённость патологического процесса, выбрать оптимальный метод оперативного пособия, избежать развития различных осложнений, сопровождающих инвазивные диагностические вмешательства.



ЛИТЕРАТУРА

1. Артёмов А.В. Алгоритм инструментальной диагностики заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны с использованием магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, выполняемой на среднепольном томографе / А.В.Артёмов // *Анналы хирургии*. – 2009. – №2. – С. 42 – 46
2. Майстренко Н.А. Современные возможности диагностики Синдрома Мирицци / Н.А.Майстренко [и др.] // *Вестник хирургии*. – 2009. – №2. – С. 27 – 33
3. Cotton P.B. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at the consensus / P.B. Cotton [et al.] // *Gastrointestinal Endoscopy*. – 1991. – Vol. 37. – P. 383-393
4. Филижанко В.Н. Диагностика и лечение “билиарных” осложнений лапароскопической холецистэктомии / В.Н.Филижанко [и др.] // *Хирургия*. – 1999. – №12. – С. 33 – 36
5. Miletic D. Role of magnetic resonance cholangiography in the diagnosis of bile duct lithiasis / D.Miletic [et al.] // *World J. Surg.* – 2006. – V. 30. – P. 1705-1712
6. Taourel P. Anatomic variants of the biliary tree: diagnosis with MR Cholangiopancreatography / P.Taourel [et al.] // *Radiology*. – 1996. – Vol. 199. – P. 521 – 527
7. Артемьева Н.Н. Осложнения после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке / Н.Н.Артемьева, М.В.Пузань // *Вестник хирургии*. – 1996. – №6. – С. 72-75
8. Флетчер Р. Основы доказательной медицины: Пер. с англ. / Р.Флетчер, С.Флетчер, Э. Вагнер. – М.: Медиа Сфера. – 1998. – 348 с.

Summary

Using of miniinvasive methods in diagnostic and treatment of choledocholithiasis

B.D. Boboev, S. Saidilhomzoda

The study is based on the results of the investigation 86 patients with suspected choledocholithiasis. Effectiveness of the method of magnetic resonance holangio-pancreatography (MRHPG) in the diagnosis of choledocholithiasis was 98.5%. Using of MRHPG made possible verify the diagnosis with high confidence, to determine the prevalence of pathological process, choose the best method of operational manuals, to avoid the development of various complications that accompany invasive diagnostic intervention.

Key words: choledocholithiasis, magnetic resonance holangio-pancreaticography, laparoscopic cholecystectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Б.Д. Бобоев – докторант кафедры факультетской хирургии СПбГМУ, Россия, г.Санкт-Петербург, ул.Рентгена, 10. E-mail: boda75@mail.ru



Видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей

Ш.Ю. Валиев, Р. Рахматуллаев, Д.Н. Мукарамова, А.Р. Рахматуллаев, С.А. Ёров

Медико-санитарная часть ГУП «Таджикская алюминиевая компания», г. Турсунзаде

В данной статье дана оценка результатов хирургического лечения хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей с применением видеоэндоскопической технологии, впервые выполненного в Республике Таджикистан. 78 пациентам применена видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен (основная группа), а 40 – традиционная операция Линтона-Фельдера. При изучении ближайших и отдалённых результатов лечения обнаружены: уменьшение продолжительности операции с $110,1 \pm 3,8$ до $75,2 \pm 2,6$ мин, снижение послеоперационных осложнений с $60 \pm 7,5\%$ до $5,1 \pm 2,5\%$ и сроков восстановления трудоспособности с $45,1 \pm 4,0$ до $25,7 \pm 3,1$ дня. Количество рецидивов снижено с 15% до 5,1% и значительно улучшилось качество жизни пациентов. Исходя из полученных данных, методом выбора хирургического лечения ХВН является видеоэндоскопическая диссекция перфорантных вен (ВДПВ).

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, эндоскопическая диссекция перфорантных вен, операция Линтона-Фельдера

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным различных исследований от 10 до 35% взрослого населения земного шара страдает варикозной болезнью, из них больше половины нуждается в оперативном лечении [1-3]. В основном страдают люди молодого трудоспособного возраста [3,4]. В 20-25% случаев отмечаются различные осложнения, связанные с редукцией венозного кровотока: острый тромбоз вен, паратравматическая экзема, трофическая язва и рожистое воспаление, которые до 30% случаев приводят к инвалидизации [2,5].

Высокая частота заболевания, а также значительное число осложнений и рецидивов требует своевременной диагностики и адекватного лечения ХВН, которая представляет собой важную медико-социальную проблему [1]. Последнее десятилетие ознаменовалось бурным развитием эндоскопической хирургии и внедрением в клиническую практику эндовидеохирургических технологий в лечении осложнённых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Однако в литературе нет единого мнения о показаниях к эндоскопической диссекции перфорантных вен при ХВН

[6-8]. Недостаточно изучены отдалённые результаты применения эндовидеохирургических технологий.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Анализ результатов хирургического лечения осложнённых форм хронической венозной недостаточности нижних конечностей с применением эндоскопической диссекции перфорантных вен.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В хирургическом отделении МСЧ ГУП ТАЛКО за период 2001 - 2011 гг. находились на стационарном лечении 118 пациентов с различными формами ХВН в возрасте от 24 до 76 лет, большинство пациентов составляли лица женского пола – 74 (63%), давность заболевания - от 2-х до 33-х лет.

Согласно международной классификации CEAP большинство больных (84,7%) относились к 4-6 клиническим группам (табл.1).

**ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ
ПО КЛАССИФИКАЦИИ СЕАР
(С-КЛИНИЧЕСКИЕ КЛАССЫ)**

Стадии заболевания	Количество больных	
	n	%
C2	-	-
C3	18	15,3
C4	54	45,7
C5	30	25,4
C6	16	13,6
Всего	118	100,0

У обследованных пациентов трофическая язва нижней трети голени по медиальной поверхности была отмечена у 16 (13,6%) пациентов. Площадь язв

составляла от 2 см² до 23 см², эпителизованная трофическая язва имела у 30 (25,4%) пациентов, а у оставшихся имело место трофическое расстройство на нижней трети голени в виде гиперпигментации кожи с индурацией подкожной клетчатки. При наличии трофической язвы амбулаторно производили санацию язвы с перевязкой мазями на водорастворимой основе (левомиколь), после очищения язвы от некротических тканей, госпитализировали больных в стационар.

Всем больным перед операцией произведено ультразвуковое исследование: доплерография и дуплексное сканирование с целью определения состояния остиального клапана большой подкожной вены (БПВ), количество и расположение несостоятельных перфорантных вен голени и проходимость глубоких вен. Выявленные несостоятельные перфорантные вены маркируем.

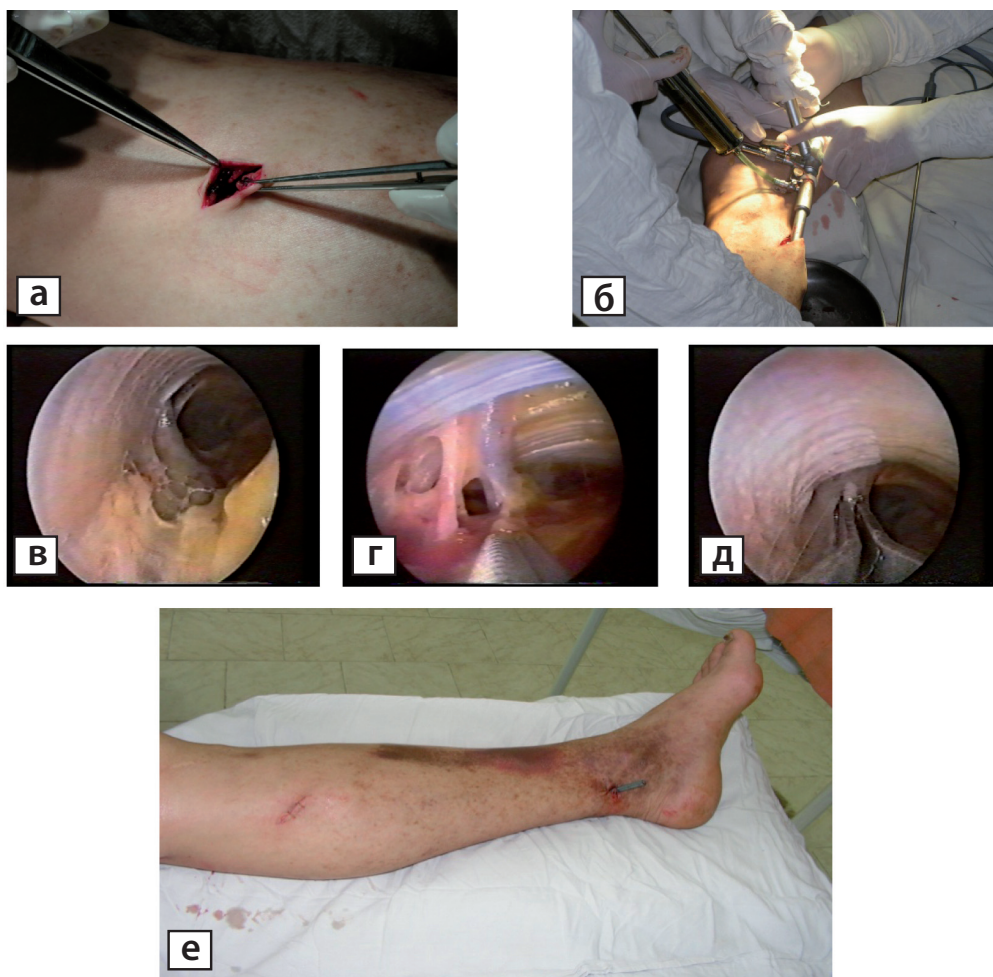


РИС.1 ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ: А - КОЖНЫЙ РАЗРЕЗ; Б - ВВЕДЕНИЕ ОПТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ В ПОДФАСЦИАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО; В - ТУННЕЛИЗАЦИЯ ПОДФАСЦИАЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА; Г - ТУННЕЛИЗАЦИЯ И ВЫДЕЛЕНИЕ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН; Д - ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ БИПОЛЯРНЫМ ЭЛЕКТРОДОМ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПЕРФОРАНТНОЙ ВЕНЫ; Е - КОЖНАЯ РАНА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИССЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН



РИС.2. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ РУБЕЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЛИНТОНА-ФЕЛЬДЕРА (А) И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИСЕКЦИИ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН (Б)

ТАБЛИЦА 3. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Характер осложнений	ЭДПВ (n=78)	Традиционные методы (n=40)
Боли и чувство онемения	1,3% (1)	47,5% (19)
Лигатурные свищи	--	7,5% (3)
Неудовлетворённость косметическими результатами	--	77,5% (31)
Рецидив варикоза	5,1% (4)	15% (6)
Рецидив трофической язвы	2,6% (2)	12,5% (5)

ТАБЛИЦА 3. ОБЩАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Шкала опросника CIVIQ2	Основная группа (n=78)	Контрольная группа (n=40)	p
Болевая	4,52±0,18	6,54 ± 0,37	<0,001
Физическая	7,52±0,14	9,72 ± 0,47	<0,001
Психологическая	8,41±0,15	10,28 ± 0,35	<0,001
Социальная	17,24±0,16	22,82 ± 0,85	<0,001
Общая оценка	39,21±0,20	51,47 ± 1,3	<0,001

ТАКИМ ОБРАЗОМ, ультразвуковые методы исследования в режиме дуплексного сканирования перед операцией позволяют определить состояние глубокой венозной системы и несостоятельных перфорантных вен голени при ХВН. Тяжесть клинического течения и выраженность трофических расстройств на голени коррелируются количеством несостоятельных перфорантных вен голени.

Эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени считается альтернативой операции Линтона, в отличие от которой является малоинвазивной, малотравматичной операцией, косметически и эстетически эффективной, сопровождается минимальной частотой осложнений. При этом оптимальной методикой является классическая сафенэктомия в сочетании с эндоскопической диссекцией перфорантных вен голени и последующей склеротерапией по показаниям.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ахметзянов Р.Б. Оценка качества жизни у пациентов с варикозной болезнью / Р.Б.Ахметзянов, Р.А. Бредихин, И.М. Игнатъев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – Т.16, № 4. – С.31
2. Кириенко А.И. Эндоскопическая диссекция перфорантов / А.И. Кириенко, В.Ю. Богачёв, И.А. Золотухин //Флебологическая. -1997.-№5. –С. 13-15
3. Савельев В.С. Флебология. Руководство для врачей /В.С. Савельев, В.А. Гологорский, А.И. Кириенко; под ред. В.С. Савельева; М.: Медицина, 2001.– 664с.
4. Усманов Н.У. Современные принципы лечения варикозной болезни вен нижних конечностей / Н.У. Усманов, Д.Д. Султанов, З.О. Тошева //Здравоохранение Таджикистана. -2005, №1-2. –С. 41-43
5. Гавриленко А.В. Сравнительная оценка методов хирургического лечения варикозной болезни / А.В. Гавриленко, П.Е. Вахрамьян //Ангиология и сосудистая хирургия.-2004.-№ 5.-С. 22-24
6. Савельев В.С. Настоящее и будущее флебологии в России / В.С. Савельев //Флебологическая. -2000. -№ 9. –С.2-4
7. Pierik E. Subfascial endoscopic ligation in the treatment of incompetent perforator veins./ E.Pierik., C.H.A. Wittens., H. Van Urk //Eur. J. of Vasc. And Endovasc. Surg. -1997.-V.25. –P.654-657
8. Subfascial endoscopic perforator vein surgery combined with saphenous vein ablation: results and critical analysis / C. Bianchi [et all] // J Vasc. Surg. -2003. –V. 38(1) –P. 67-71

Summary

Video endoscope dissection of perforating tibia veins in the treatment of chronic venous insufficiency of lower extremities

Sh.Yu. Valiev, R. Rakhmatullayev, D.N. Mukaramova, A.R. Rakhmatullayev, S.A. Yorov

This article assesses the results of surgical treatment of chronic venous insufficiency (CVI) of lower extremities with the use of video endoscope technology, first performed in the Republic of Tajikistan. In 78 patients video endoscope dissection of perforating veins (main group), and at 40 - the traditional operation Linton-Felder was used. In the study of short-and long-term results of treatment were found: decrease the duration of operations $110,1 \pm 3,8$ to $75,2 \pm 2,6$ min, reduced postoperative complications from $60 \pm 7,5\%$ to $5,1 \pm 2,5\%$ and terms of vocational rehabilitation from $45,1 \pm 4,0$ to $25,7 \pm 3,1$ days. The number of recurrences decreased from 15% to 5.1% and significantly improved quality of life. The method of choice of surgical treatment of CVI is a video endoscope dissection of perforating veins (VDPV).

Key words: chronic venous insufficiency of lower limbs, endoscopic dissection of perforating veins, Linton-Felder surgery

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р. Рахматуллаев – главный врач МСЧ ГУП ТАЛКО;
Таджикистан, г.Турсунзаде,
E-mail: Rakmatullaev@inbox.ru



Некоторые особенности клиники и диагностики кровотечений при гастродуоденальных язвах, ассоциированных *H. Pylori*

Д.М. Ашуров, А.Х. Файзуллаев
НИИ гастроэнтерологии МЗ РТ

Авторы в данной статье анализируют результаты изучения особенностей клиники и диагностики у 132 больных с гастродуоденальным язвенным кровотечением (ГДЯК) ассоциированных *H. Pylori*, которые были разделены на две группы. Основная группа состояла из 81 пациента, которым применяли индивидуальную активную тактику на фоне эрадикационной антихеликобактерной терапии с учётом штамма *HP* и контрольная - из 51 больного, которым применялась традиционная терапия. Показана зависимость клинического течения заболевания от локализации язвы, степени персистенции инфекции. Также установлены связь характера язвы и генотипа микробного штамма, их влияние на интенсивность и объём кровопотери. Показано, что применение эрадикационной терапии в сочетании с современными антисекреторными препаратами не только может вызвать остановку кровотечения, но и предотвратить его рецидивирование. При продолжающемся кровотечении показано хирургическое лечение на фоне проводимой консервативной терапии.

Авторы аргументированно отмечают необходимость учёта выявленных закономерностей при выборе тактики и способа реабилитации больных с ГДЯК.

Ключевые слова: *H. Pylori*, эрадикационная терапия, антихеликобактерная терапия, гастродуоденальное язвенное кровотечение

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на огромные достижения в медикаментозной терапии неосложнённых форм язвенной болезни, частота осложнений этого заболевания имеет тенденцию к росту [1,2]. Среди них наиболее распространённым и грозным является острое желудочно-кишечное кровотечение, частота развития которого составляет 16,6-18,2% [3-6].

Появление новейших поколений антисекреторных и гемостатических препаратов, совершенствование методов оперативной техники, не снизило частоту неблагоприятных исходов желудочно-кишечного кровотечения. Летальность при остром гастродуоденальном язвенном кровотечении (ГДЯК) остаётся высокой, практически на протяжении XX и первого десятилетия XXI века и составляет 6-10% [7,8]. Поиск путей снижения этого показателя ведётся постоянно.

Открытие хеликобактера пилори существенно изменило представления о патогенезе язвенной болезни, поменяло стратегию и тактику противоязвенной терапии, способствовало расширению арсенала средств для эрадикации, в связи с чем, уменьшило количество оперативных вмешательств [9-11]. По результатам мультицентрических рандомизирован-

ных исследований, проведённых в разных странах, обострений дуоденальных язв в 95-100%, а желудочных - в 70-80% связано с персистенцией *H. Pylori* в гастродуоденальной слизи [12-14].

Несмотря на большое количество научных публикаций, посвящённых роли *H. Pylori* в развитии кислотозависимой патологии верхнего отдела пищеварительного тракта и эффективности эрадикационной терапии, дискуссия по данному вопросу не прекращается [15,16].

Достигнутые успехи в фармакотерапии неосложнённой язвенной болезни значительно улучшили эффективность лечения и профилактику её осложнений. Однако всё ещё не уменьшается число оперативных вмешательств, выполняемых в экстренном порядке по поводу острых осложнений язвенной болезни, в том числе острых кровотечений. ГДЯК являются наиболее частой причиной летальных исходов среди лиц, страдающих язвенной болезнью [17-19].

В литературе всё ещё дискутируется связь между степенью персистенции *H. Pylori* и язвенными желудочно-кишечными кровотечениями. В связи с



этим правомочно возникает ряд вопросов, требующих своего ответа. Связано ли развитие кровотечения у больных язвенной болезнью с хеликобактерной инфекцией? Если да, то каковы механизмы реализации и особенности лечения таких больных? Влияет ли эрадикационная терапия на конечные результаты консервативного и хирургического лечения больных с язвенным кровотечением?

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Улучшение дифференциальной диагностики гастроуденальных язвенных кровотечений, путём изучения особенностей клинического течения и локализации язвенного процесса.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Настоящая работа основана на результатах обследования 132 больных с ГДЯК, госпитализированных в клинику хирургических болезней №1 ТГМУ на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе в период 1995-2005 г.г. Больные были разделены на две группы: основная (I группа) – 81 и контрольная (II группа) – 51, которым применялась только традиционная терапия.

Всем 81 больным основной группы с первого дня поступления на фоне интенсивной медикаментозной терапии, направленной на стабилизацию состояния, проводилась профилактика рецидива кровотечения комплексной патогенетической терапией с использованием антихеликобактерных препаратов и средств, снижающие активность кислотно-пептического фактора: при локализации язвы в теле желудка (Квамател+Фуразолидон+Амоксицилин), антральный отдел (Омепразол+Фуразолидон+Амоксицилин+Денол), двенадцатиперстной кишки (Лансопразол+Фуразолидон+Амоксицилин+Денол). При этом подбор препаратов и их дозировка проводилась индивидуально, в зависимости от степени обсеменённости *H. Pylori*, его генотипа и локализации язв у конкретного больного.

В контрольной группе (n=51), больным проводилась традиционная терапия: противоязвенные препараты – антацидные (альмагель, моалакс), H₂-гистаминоблокаторы первого поколения (цемитидин, ранитидин), антибактериальные (ампициллин, тетрациклин), ферменты (фестал, мезим форте). Наряду с этим, проводилась интенсивная терапия для стабилизации гемодинамики, показателей гомеостаза и общего состояния больных. Следует отметить, что в редких случаях (n=13) больным контрольной группы назначались H₂-гистаминоблокаторы второго поколения – квамател. Следовательно, в контрольной группе

комплексная терапия была проведена без её детализации с учётом степени инвазии *H. Pylori*.

Эндоскопическое исследование было одним из основных методов исследования при ГДЯК. Фиброгастроуденоскопия выполнялась эндоскопами фирмы «Olympus» (Япония). Она позволяла определить локализацию и глубину распространения язвенно-воспалительного процесса, дифференцировать характер поражения, а также оценить патологические изменения тканей в области язвы. Существенным считали визуализацию источника кровотечения и классифицирование его по Forrest (1974). FIA – артериальное кровотечение, FIB – диффузное кровотечение из дна или краёв язвы, FIIA – наличие видимого сосуда на дне язвы, FIIB – наличие рыхлого тромба, закрывающего язвенный дефект, FIIC – наличие красных и чёрных точек на дне язвы. При этом степень обсеменённости *H. Pylori* в слизистой желудка и ДПК оценивалась по методике Л.И. Аруина (1999); «+» – слабая инфицированность – до 20 бактерий *H. Pylori* в поле зрения; «++» – умеренная инфицированность – от 20 до 50 бактерий *H. Pylori* в поле зрения; «+++» – выраженная инфицированность – свыше 50 бактерий *H. Pylori* в поле зрения.

Штаммы *H. Pylori* (CagA и VacA) были определены в биоптатах слизистой методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) [20]. Посев биопсийного материала производят на плотную питательную среду (агар Columbia с 10% бараньей кровью). Посев инкубируют в анаэробных условиях при температуре 37°C. На 3-и и 7-е сутки просматривают чашки. При получении культуры, по морфологии схожей с HP, проводят её идентификацию с применением уреазного, оксидазного и каталазного тестов. Если все тесты положительные, выделенную культуру идентифицируют как HP (P<0,05).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Установлено, что большинство больных I гр. 53 (65,43%) и II гр. 28 больных (54,9%) поступило в клинику позже 24 часов от начала кровотечения. Позднее поступление было связано с запоздалой обращаемостью пациентов за медицинской помощью. Часто больные не придавали значения «малым» признакам (слабость, головокружение, бледность кожных покровов) кровотечения.

Следует отметить, что при обследовании больных «желудочные» жалобы, как правило, были довольно скудными. В структуре основных жалоб пациентов в обеих группах преобладали рвота с кровью и мелена (диаграмма 1).



ДИАГРАММА 1. ЧАСТОТА СИМПТОМОВ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ

Среди жалоб наиболее часто отмечались общая слабость и головокружение, которые вынуждали больных находиться в постели. Боли в животе констатировались у 23 (17,42%) больных. Данные жалобы, хотя и были неспецифическими, однако позволяли в большинстве случаев на ранних стадиях подозревать наличие внутреннего кровотечения и целенаправленно провести диагностические процедуры. У всех больных наблюдались симптомы, характерные для кровотечения - бледность покровов, уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина, падение артериального давления и т.п.

С позиции выбора тактики и способа лечения важным являлось изучение локализации язвы (диаграмма 2). Как видно, в обеих группах больных язвы, осложнённые кровотечением, преимущественно локализовались в ДПК или в антральном отделе желудка. При дуоденальном расположении кровоточащих язв, они чаще локализовались на задней стенке ДПК. Для правильного выбора тактики лечения всем больным с ГДЯК было проведено ФГДС, за исключением случаев, когда тяжесть состояния пациентов не позволила провести данную процедуру.

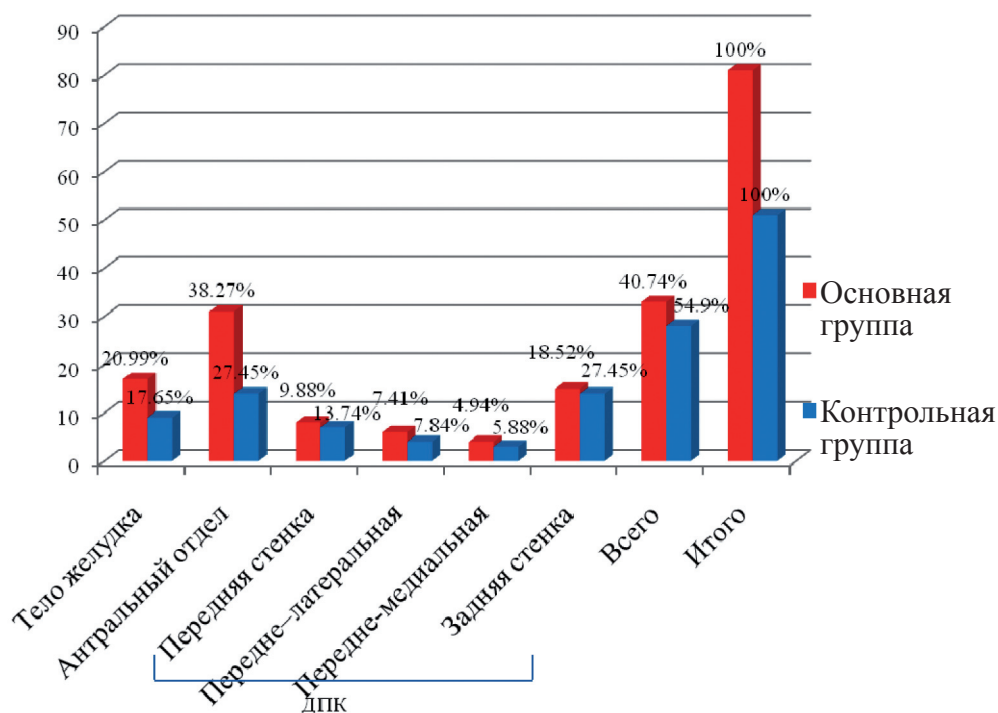


ДИАГРАММА 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯЗВЕННОГО КРАТЕРА У БОЛЬНЫХ С ГДЯК

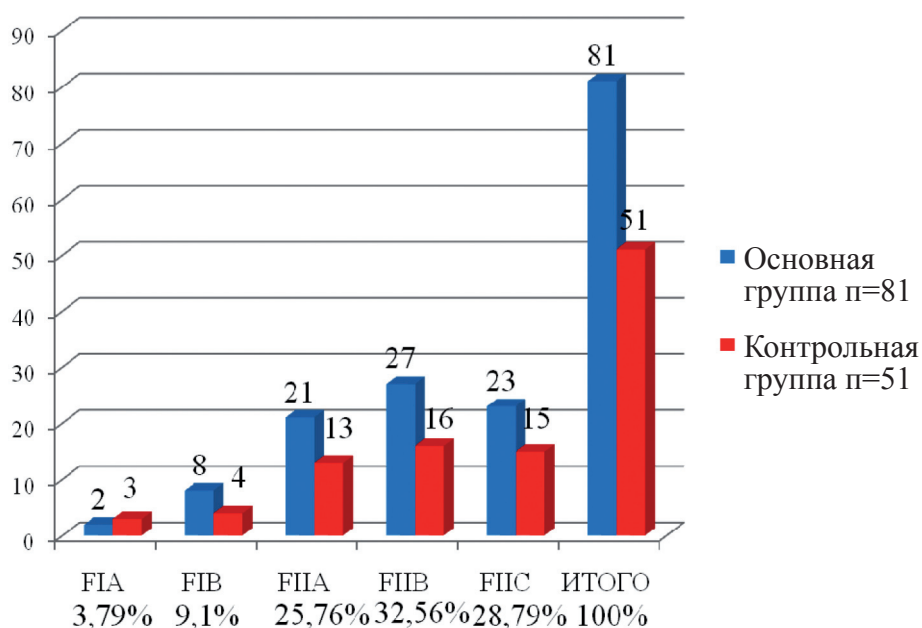


ДИАГРАММА 3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ГДЯК СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ФОРРЕСТА

Среди наших больных в 2 наблюдениях в основной и 5 – в контрольной группе не удалось провести экстренную ФГДС на высоте кровотечения. Данное обследование выполнено после стабилизации состояния больных и гемодинамики.

Оценку результатов эндоскопии у больных провели по классификации J.A.Forrest (1974). Данные исследования (диаграмма 3) показали, что у больных чаще выявлена эндоскопическая картина продолжающегося венозного кровотечения, наличия тромбированного сосуда на дне язвы и сгустка крови, закрывающего язву или язва была без признаков кровотечения.

В процессе эндоскопии и остановки кровотечения у больных в сравниваемых группах нами брался биопсийный материал из слизистой для оценки активности воспалительного процесса и степени персистенции *H.Pylori* в зависимости от локализации язв (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, в обеих группах степень заселения *H.Pylori* коррелируется с локализацией язв. Наиболее высокая степень инвазии *H.Pylori* наблюдается при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а затем при антральной локализации язвы. Следует отметить, что тяжёлая или средняя степень заселения *H.Pylori* в основном имели место у больных с эндоскопическими критериями FIA и FIB (табл.2).

ТАБЛИЦА 1. СТЕПЕНЬ ОБСЕМЕНЁННОСТИ *H.PYLORI* СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ГДЯК

Локализация язвы	Степень обсеменённости <i>H.Pylori</i>						Общее количество	
	+ Лёгкая		++ Средняя		+++ Тяжёлая		I гр.	II гр.
	I (ос)	II (к)	I (ос)	II (к)	I (ос)	II (к)		
Тело желудка	9	6	6	5	2	1	17 (20,99%)	12 (23,53%)
Антральный отдел желудка	8	5	14	8	9	4	31 (38,27%)	17 (33,33%)
ДПК	6	5	16	12	11	5	33 (40,74%)	22 (43,14%)
Итого	23	16	36	25	22	10	81 (100,0%)	51 (100,0%)



ТАБЛИЦА 2. ЗАВИСИМОСТЬ ТЯЖЕСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ОТ СТЕПЕНИ ПЕРСИСТЕНЦИИ H.PYLORI

Критерии	Локализация язвы	Степень инвазивности H.Pylori						Общее количество	
		+ Лёгкая		++ Средняя		+++ Тяжёлая		I (ос)	II (к)
		I (ос)	II (к)	I (ос)	II (к)	I (ос)	II (к)		
FIA	Тело желудка	-	-	-	-	-	-	-	-
	Ант. отд. жел.	-	-	-	-	1	1	1	1
	ДПК	-	-	-	1	1	1	1	2
FIB	Тело желудка	-	-	-	-	1	-	1	-
	Ант. отд. жел.	-	-	1	1	2	1	3	2
	ДПК	-	-	1	1	3	1	4	2
FIIA	Тело желудка	1	2	1	1	-	-	2	3
	Ант. отд. жел.	2	1	4	3	2	1	8	5
	ДПК	2	2	6	2	3	1	11	5
FIIB	Тело желудка	5	1	4	2	1	-	10	3
	Ант. отд. жел.	2	3	5	3	2	1	9	7
	ДПК	2	1	4	4	2	1	8	6
FIIC	Тело желудка	3	3	1	2	-	1	4	6
	Ант. отд. жел.	4	1	4	1	2	-	10	2
	ДПК	2	2	5	4	2	1	9	7
Итого		23	16	36	25	22	10	81	51

ТАБЛИЦА 3. КОРРЕЛЯЦИЯ ТЯЖЕСТИ КРОВОПОТЕРИ ОТ СТЕПЕНИ ПЕРСИСТЕНЦИИ H.PYLORI

Степень персистенции H.Pylori	Группа больных	Тяжесть кровопотери			Всего
		Лёгкая степень	Средняя степень	Тяжёлая степень	
+	I гр.	10	8	5	23
	II гр.	7	6	3	16
++	I гр.	8	17	11	36
	II гр.	3	9	13	25
+++	I гр.	2	8	12	22
	II гр.	2	3	5	10
Итого		32	51	49	132

При сопоставлении тяжести кровопотери и степени персистенции H.Pylori установлено (табл. 3), что по мере нарастания количество микробов в слизистой поражённого органа увеличивается тяжесть кровопотери, т.е. чем тяжелее степень персистенции («++» и «+++»), тем больше количество больных с тяжёлой кровопотерей (51 и 49).

Причём, отмечается прямая корреляция (51 и 49 – 75,76%) между этими двумя показателями в обеих

сравниваемых групп. Среди наших больных шок разной степени тяжести наблюдался у 109 (84,57%) пациентов, из них у 67 в основной и у 42 в контрольной группе.

Доказано, что между штаммами Cag A и Vac A H.Pylori существует чёткая корреляция, т.е. большинство Vac A штаммов одновременно являются Cag A – позитивными [20]. Причём подобная комбинация генов относится к штаммам H.Pylori I типа, который

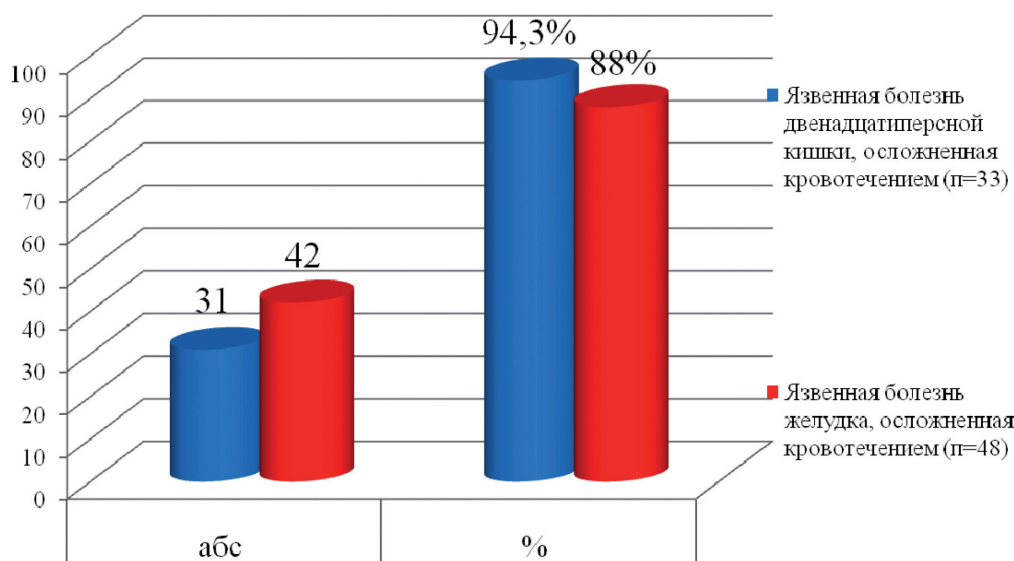


ДИАГРАММА 4. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ АНТИТЕЛ К CAG A H.PYLORI У БОЛЬНЫХ С КРОВОТОЧАЩИМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ И МЕДИОГАСТРАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ

обладает высокой степенью вирулентности, адгезии и внутриклеточной инвазии. Штаммы *H. pylori* I типа чаще вызывают повреждения эпителиальных клеток слизистой. В связи с этим чаще наблюдается корреляция между штаммами I типа язвенной болезни (90-95%). В то же время, штаммы II типа, которые в основном состоят из генотипа Vac A и не содержат маркера островков патогенности, т. е. Cag A, не обладают высокой вирулентностью, так как они быстро фагоцитируются макрофагами.

Ввиду доказанности изложенных фактов и их неоспоримости, посчитали возможным ограничиться определением только антител к Cag A *H. pylori* в сыворотке крови больных с кровоточащими дуоденальными и медиогастральными язвами (диаграмма 4).

Как видно из диаграммы 4 при изучении антител к Cag A установлено, что данные антитела чаще обнаруживаются при дуоденальных язвах, а при медиогастральной язве - несколько меньше.

Таким образом, изучение особенностей клиники ГДЯК показывает, что клиническое проявление и тяжесть кровотечения зависят от степени персистенции *H. pylori* и локализации язвы. При этом степень кровотечения отличается в зависимости от размера язвенного дефекта и тромбообразования (FIB).

В частности, нами установлено, что тяжесть кровотечения (FIA, FIB, FIIA и FIIB) более выражена при локализации язвы в антральном отделе желудка и дуоденуме.

Наблюдается также (17 и 33, $P < 0,05$) достоверное различие в степени обсеменения *H. pylori* слизистой желудка при локализации язвы в антральном отделе и дуоденуме по сравнению с расположением язв в других отделах. Причём, чем дистальнее локализация язвы, тем более выражена степень персистенции этой инфекции.

Нами также выявлена прямая корреляционная зависимость между степенью обсеменённости бактериями и интенсивностью кровотечения в зависимости от локализации и размера язвы. Кроме того, при дуоденальных и желудочных язвах, осложнённых кровотечением, в большинстве наблюдений обнаруживаются штаммы *H. pylori* I типа, экспрессирующие цитоксины Cag A и Vac A.

При дуоденальных и медиогастральных язвах, осложнённых кровотечением, отмечается выраженная колонизация слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки *H. pylori*. Если при дуоденальных язвах нарастает частота и степень персистенции слизистой оболочки *H. pylori* в дистальном направлении, то при медиогастральных язвах наблюдается обратная картина.

Следовательно, при выборе тактики лечения больных ГДЯК необходимо учитывать установленные нами особенности клинического течения заболевания, тяжесть кровотечения, размер и локализацию язвы, степень персистенции *H. pylori*.



ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Л.А. Влияние антихеликобактерной терапии на течение язвенной болезни, осложнённой кровотечением / Л.А.Абрамова // Р.ж.ГГК, приложения № 26. – 2005. - Том XV. - №5 – 55
2. Саенко В.Ф. Современные методы лечения язвенной болезни / В.Ф.Саенко [и др.] // - Киев, «Здоровья» - 2002. – 243с.
3. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия / А.А.Гринберг. - М., 2000. – 308с.
4. Гулов М.К. Комплексное лечение острых гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии. / М.К.Гулов, К.М.Курбонов, М.Ш.Партов // «Вестник Авиценны». – 2006 - № 1-2 – С.677-680
5. Гульмурадов Т.Г. Хирургическая тактика при кровотечениях из пенетрирующих гастродуоденальных язв / Т.Г.Гульмурадов, М.Х.Эшонджонов, Х.Н. Норов // Мат. Респ. науч.-практ. конф. детских хирургов - 1998.- С.233-235
6. Казымов И.Л. Кровотечения из рецидивных язв после резекции желудка и ваготомии / И.Л.Казымов, А.Г.Меҳдиев, Ф.С.Курбанов // Хирургия. – 2009. – № 12. – С.44-46
7. Казымов И.Л. Гастродуоденальные кровотечения у больных с тяжёлыми термическими ожогами / И.Л.Казымов // Хирургия. – 2007. – № 12. – С.33-35
8. Курбонов К.М. Комплексная диагностика и хирургическое лечение осложнённых дуоденальных язв: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук/ К.М. Курбонов. - Душанбе. - 1998. – 39с.
9. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.И. Кузин // Хирургия. – 2001. - №1. – С.27-32.
10. Рашидов Ф.К. Антихеликобактерная терапия в комплексной предоперационной подготовке больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложнённой пилородуоденальным стенозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ Ф.К.Рашидов.- Душанбе - 2006. – 22с.
11. Guglielmi A. Risk assessment and prediction of rebleeding in bleeding gastroduodenal ulcer / A.Guglielmi [et all] // Endoscopy. – 2002. – v.34. – N10 – P.778-786
12. Кадыров Д.М. Хеликобактериоз после хирургического лечения ЯБОК / Д.М.Кадыров, Д.М.Ишанкулова, Н.К.Рашидов // пробл. ГЭ – 2006 - № 3-4 – С.35-41
13. Мансуров Х.Х. Метод. реком. по диагностики и лечению H.Pylori / Х.Х.Мансуров [и др.] // Душанбе - 2009г. – 24с.
14. Perez-Perez G. I. Epidemiology of H.Pylori infection / G. I. Perez-Perez, D. Rolhenbacher, E.Brenner // Helicobacter – 2004 - N9 (supplier) - P.1-6.
15. Станулис А.И. Хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии / А.И.Станулис, Р.Е.Кузеев, А.П.Гольдберг // Хирургия – 2001 - № 3 – С.4-7
16. Yakovenko E. Bismuth-based regimes should be first line therapy for H.Pylori eradication / E.Yakovenko [et all] // Gut. – 2002. – v.51 (suppl. 11). – P.192
17. Петров Д.Ю. Эффективность применения аргоно-плазменной коагуляции при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / Д.Ю.Петров // Автореф. дисс. канд.мед.наук. - РГМУ,- М - 2009. – 22с.
18. Фёдоров В.Д. Экстирпация желудка без наложения эзофагоэнтероанастомоза при повторных профузных желудочных кровотечениях / В.Д.Фёдоров // Хирургия. – 2008. №3: С.4-9
19. Chung I.K. Endoscopic factors predisposing to rebleeding following endoscopic hemostasis in bleeding peptic ulcers / [et all] // Endoscopy. – 2001. – v.33. - P.969-975
20. Маев И.В. Генотипирование НР / И.В. Маев [и др.] // Клини. мед. – 2004. - №7. - С.4-9



Summary

Some peculiarities of clinical manifestations and diagnostics of gastroduodenal ulcers bleeding in associated H. Pylori

D.M. Ashurov, A.Kh. Faizullaev

Authors analyzed the results of study the features of clinical manifestations and diagnostics in 132 patients with gastroduodenal ulcer bleeding (GDUB) associated H. pylori, which were divided into two groups. The main group consisted of 81 patients who used the individual active management against H. pylori eradication therapy, taking into account the strain of HF and control group-consist of the 51 patients who used traditional therapy. The dependence of the clinical course of ulcer localization, the degree of persistence of infection has shown. Also found a correlation the type of ulcers and genotype microbial strain, and their influence on the intensity and volume of blood loss. It is shown that the use of eradication therapy in combination with modern antisecretory drugs can cause not only stop bleeding, but also to prevent its recurrence. In cases of continued bleeding, surgical treatment is indicated on the background of conservative therapy.

The authors convincingly noted the need of accounted identified patterns in the choice of tactics and methods of rehabilitation of patients with GDUB.

Key words: H. pylori, eradication therapy, antihelicobacter therapy, gastroduodenal ulcer bleeding

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.М. Ашуров – ассистент кафедры
хирургии ТИППМК;
Таджикистан, г.Душанбе,
E-mail: dilshod123@yahoo.com@mail.ru



Эпидемиологические аспекты рака шейки матки в Республике Таджикистан

Ф.Н. Каримова, С.Г. Умарова, М.С. Раупова

Кафедра онкологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Авторами в результате проспективного анализа клинического материала 560 больных раком шейки матки и 110 женщин с предопухолевыми процессами шейки матки установлено, что определяющими факторами развития патологических процессов шейки матки были: раннее начало половой жизни (до 18 лет) (22,9 % случаев у больных с предопухолевыми заболеваниями и в 19,8% случаев - в группе со злокачественными опухолями шейки матки); наличие у женщин более 2 половых партнёров в анамнезе (9,4%) и более 2 партнёров у мужей, исследованных пациенток (38,4%), генитальные инфекции, ВПЧ, отягощённый онкологический анамнез, большое количество родов в анамнезе.

Ключевые слова: рак шейки матки, эпидемиология, факторы риска, вирус папилломы человека

АКТУАЛЬНОСТЬ. В структуре онкологической заболеваемости и смертности женщин во всём мире рак шейки матки (РШМ) занимает одно из первых мест. По данным ВОЗ, ежегодно в мире диагностируется более 500 тыс. новых случаев заболевания, из которых каждый второй заканчивается смертью пациентки в течение первого года после постановки диагноза [1-3].

Большинство случаев РШМ (78%) встречается в развивающихся странах, где он составляет 15% от всех злокачественных опухолей у женщин и является 2-й по частоте причиной смерти от рака. Согласно прогнозам ВОЗ, число смертей от рака шейки матки к 2015 году возрастёт до 320 000, а к 2030 году – до 435 000 случаев [4,8].

В Таджикистане, как и в других странах СНГ, наблюдается рост уровня заболеваемости раком шейки матки. По данным Республиканского Центра медицинской статистики и информации в 2005 году этот показатель составлял 4,8 на 100 тыс. женского населения, в 2006 г. – 5,7; в 2007 г. – 6,9; в 2008 г. – 11,4. При этом ежегодный прирост заболевания составляет 2,4%. Ежегодно вновь выявленные случаи регистрируются в среднем у 218 больных [5].

Целью настоящего исследования является изучение эпидемиологии рака шейки матки в Республике Таджикистан, а так же изучение причинно - следственных факторов, влияющих на заболеваемость и исход.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Мы проанализировали данные 560 больных раком шейки матки, зарегистрированных в ГУ ОНЦ МЗ РТ с 2005 по 2009 год и 110 больных с предопухолевыми процессами шейки матки за этот же период. Проведено сравнительное изучение заболевания по основным 4 регионам республики.

Факторы риска изучались ретроспективно на основании составленной анкеты, включающей 38 признаков. При изучении анамнеза уделялось внимание началу половой жизни, наличию половых партнёров, становлению (особенностям) менструальной функции, репродуктивному, контрацептивному анамнезу, перенесённым общесоматическим и гинекологическим заболеваниям, ЗППП, семейной предрасположенности к злокачественным заболеваниям половой сферы.

Комплексное обследование пациенток включало проведение кольпоскопического, цитологического, бактериоскопического, бактериологического, иммуноферментного, молекулярно-биологического, иммунологического и гистологического исследований.

Математический анализ результатов исследования проводился с помощью базы данных в виде программы Microsoft Excel и программного обеспечения Статистика-2000.

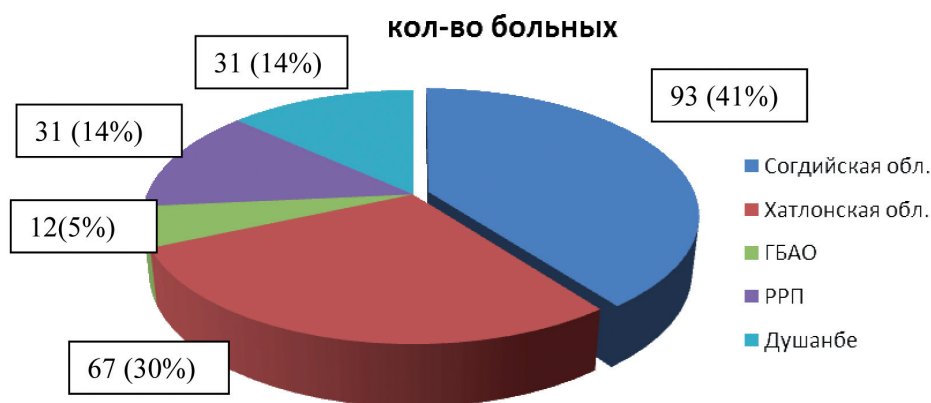


РИС. 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ РШМ ПО РЕГИОНАМ РЕСПУБЛИКИ

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Изучение данных ГУ ОНЦ МЗ РТ по областям республики только за 2008 год дали следующие результаты: в Согдийской области вновь зарегистрированных больных РШМ было 93 (41%), в Хатлонской области – 67 (30%), Горно-Бадахшанской автономной области – 12 (5%), в Районах республиканского подчинения - 31 (14%), по Душанбе – 31 (14%) (рис. 1).

Таким образом, наиболее высокая заболеваемость регистрируется на севере республики.

Средний возраст пациенток с РШМ составил 42,6 лет, а больных с предопухолевыми заболеваниями - 33,7 лет.

Анализ морфологических данных показал, что среди обследованных женщин с предопухолевой патологией лёгкая степень дисплазии имела место в 50,5% случаев, умеренная – в 34,2% и тяжёлая – в 15,3%.

В нашем исследовании больные РШМ с I стадией заболевания составили 13,42%, со II - 47%, с III - 36,3%, с IV - 3,3%, что свидетельствует о том, что пациентки обращаются в специализированные лечебные учреждения с распространённым опухолевым процессом. Это, в свою очередь, значительно ухудшает прогноз и качество их жизни. Плоскоклеточная неороговевающая карцинома была выявлена у 57,2% пациенток, плоскоклеточная карцинома с ороговением - у 35,6%, аденокарцинома - в 7,1%.

Изучение социального статуса больных в обеих группах дало одинаковые результаты: состояли в браке 91,3% женщин, повторный брак имели 2 (9,4%) женщины, мужа пациенток имели более 2 партнёры в 38,4% случаях, в трудовой миграции находится 43,5% мужей.

Раннее начало половой жизни (до 18 лет) выявлено в 22,9% случаев у больных с предопухолевыми заболеваниями и в 19,8% случаев - в группе со злокачественными опухолями шейки матки.

Наследственный фактор по данным литературы на 30% определяет вероятность развития рака шейки матки [3]. Семейный анамнез изучен у 73 пациенток с РШМ, из них у 17 (23,3%) матери болели гинекологическим раком. Отягощённый онкологический анамнез имели 9,6% женщин в группе с предопухолевыми процессами шейки матки.

Таджикистан – страна, где дети до 16 лет составляют 43% населения [5]. Это означает, что большинство семей состоит из 7 и более человек, то есть в семье имеется 5 и более детей. В связи с этим мы решили изучить, как влияет количество родов на исход заболевания. Изучение паритета заболевших РШМ женщин показало (рис. 2): среди нерожавших женщин рак шейки матки в наших наблюдениях не встретился; наибольшее число заболевших РШМ имели 5 и более родов - 64,1% пациентки; 1-4 родов - 35,9%.

Среди пациенток с предопухолевыми заболеваниями шейки матки нерожавших было 8,8%, 1-4 родов - 41,6%, многорожавших (5 и более родов) - 37,3%.

Вероятно, учитывая в совокупности, что нередко девушки вступают в брак в 15-16 лет, а в период раннего начала половой жизни биологически незрелый эпителий шейки матки в большей степени подвержен канцерогенным факторам, кроме того, частая беременность, большое количество родов способствуют развитию постгиперпластических изменений слизистой шейки матки, образованию разрывов (что особенно часто возникает при неправильном ведении домашних родов, каковые часты в республике),

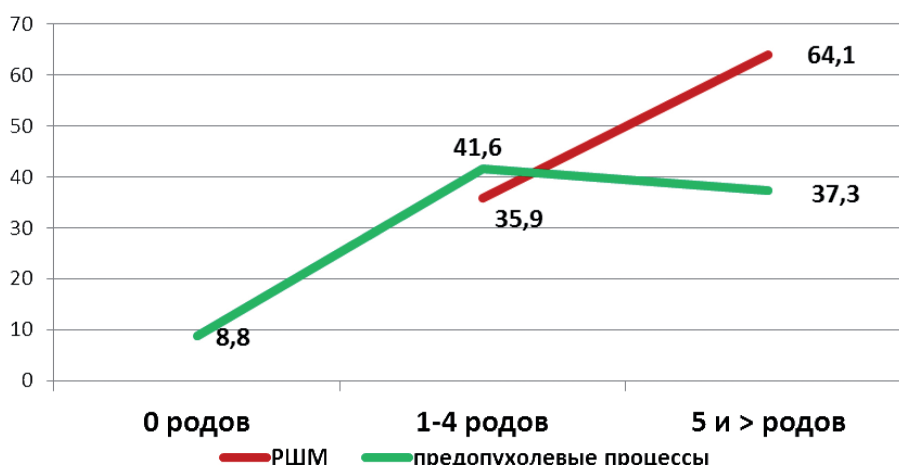


РИС. 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО КОЛИЧЕСТВУ РОДОВ В АНАМНЕЗЕ (%)

грубых рубцов. Это, в свою очередь, ведёт к нарушению трофики, иннервации и кровоснабжения шейки матки, что является фоном для развития дисплазий, а затем и РШМ.

Изучение контрацептивного анамнеза свидетельствовало, что большинство пациенток как среди заболевших РШМ, так и среди больных с предопухоловыми заболеваниями, никогда не пользовались контрацептивами. Гормональные контрацептивы использовали 12% исследуемых. У 27,9% больных в анамнезе отмечено использование внутриматочных спиралей. Барьерными методами пользовались 19,8% пациенток. Согласно литературным данным [6], длительное использование оральных и инъекционных гормональных контрацептивов связывалось с развитием РШМ. Однако их влияние может быть опосредованным. Женщины, использующие эти контрацептивы, более сексуально активны, не пользуются спермицидными агентами и барьерными методами контрацепции и поэтому более подвержены воздействию инфекций, передающихся половым путём.

Приведённые выше факты позволили предположить, что эпидемиология РШМ связана с этиологической ролью инфекционного агента. Не меньшее значение, чем механическая травма, в патогенезе рака шейки матки имеет местная инфекция, вернее, сочетание этих двух условий [7].

При бактериоскопическом исследовании мазков из цервикального канала, полученных у женщин с предопухоловыми процессами шейки матки, в 68,7% случаев определялись III-IV степень чистоты влагалищных мазков. Результаты исследований показали, что из 110 обследованных женщин с предопухоловой патологией шейки матки урогенитальная инфекция

выявлена в 64,2% случаев, в 96,8% случаев выявлены ВПГ и ЦМВ. Следует указать на высокий уровень инфицированности хламидийной инфекцией, ею страдали 27,3% женщин активного репродуктивного возраста. Исследования показали, что в структуре урогенитальной инфекции определённую роль имели уреоплазмоз (18,2%) и трихомоноз (18,4%).

Среди обследованных женщин с предопухоловыми заболеваниями шейки матки микоплазмы выявлены в 7,2% случаев у женщин активного репродуктивного возраста. В группе же больных с доказанным диагнозом РШМ трихомоноз составил 25,3%, кандидоз - 17,3%, хламидиоз - 14,9%, гонорея - 5,2%, сифилис - 5,6%.

Среди инфекционных агентов первостепенную роль играет папилломовирусная инфекция. В настоящее время идентифицировано более 100 типов вирусов папилломы человека (ВПЧ). Твёрдо установлен факт, что определённые типы ВПЧ могут инфицировать строго определённый вид эпителия и вызывать характерные изменения [8]. Вирусы папилломы человека инфицируют базальные слои эпителия. Наиболее «уязвимым» участком является зона перехода многослойного плоского эпителия в цилиндрический.

В наших исследованиях в группе больных РШМ, из 67 пациенток, обследованных на наличие ВПЧ, в основном это был 16 тип в 52,2%, затем – 18 тип - 32,5%, в 5% случаях выявлен 11 тип, в 2,4% - микстинфицирование как 11 типом, так и 16 типом ВПЧ, не выявлено наличие ВПЧ в 10% случаев.

У женщин с диспластическими процессами шейки матки наличие ВПЧ обнаружено в 64,5% случаев.



При анализе результатов установлено, что в 15,4% случаев выявлен ДНК ВПЧ высокого онкогенного риска (16,18,31,33 типы), в 84,6% – обнаружены низкоонкогенные типы ВПЧ (6,11 типы).

Онкогенный потенциал папилломовирусов существенно варьирует. По способности инициировать диспластические (предраковые) изменения и рак папилломовирусы условно разделены на группы «высокого» и «низкого» риска возникновения опухолевой трансформации инфицированного эпителия. Типы ВПЧ 6, 11, 42, 43, 44 были классифицированы как типы низкого риска развития рака, типы 16, 18, 31, 33, 48, 56 - высокого риска. Так, ВПЧ 6-11 типов являются причиной остроконечных кондилом, часто идентифицируются при дисплазиях лёгкой и средней степеней тяжести и редко связаны с опухолями шейки матки. При раке шейки матки наиболее часто выявляются ВПЧ 16 и 18 типов (67-93% случаев). Вирус 18 типа обнаруживается примерно в 2 раза реже вируса 16 типа. Вирус папилломы 18 типа чаще определяется при аденокарциномах и низкодифференцированном плоскоклеточном раке шейки матки, имеет более высокий онкогенный потенциал, с ним связывают быстрый темп опухолевой прогрессии, низкий уровень дифференцировки инфицированного эпителия и неблагоприятный прогноз по сравнению с другими онкогенными типами ВПЧ [6].

Всё большее внимание в последние годы уделяется состоянию иммунной системы при различных формах онкологической патологии, а также разработке методов терапии, основанных на использовании надзорных функций иммунитета. К сожалению, следует признать, что эти исследования в большинстве случаев всё ещё остаются в экспериментальной стадии. И даже наиболее перспективные из них, например, создание противоопухолевых вакцин на основе дендритных клеток, ещё ожидает долгий путь внедрения в клиническую практику. Вместе с тем, нельзя отрицать важную прогностическую ценность изучения некоторых параметров иммунной системы, имеющих отношение к противоопухолевому иммунитету. Среди них, конечно, в первую очередь следует упомянуть систему интерферонов и цитотоксических клеток.

Данные нашего исследования свидетельствовали, что состояние иммунных процессов у пациенток с предопухолевыми процессами шейки матки, ассоциированных с вирусом папилломы человека, существенно отличаются от таковых у пациенток с РШМ.

Изучение показателей клеточного и гуморального иммунитета в группе пациенток с диспластическими процессами шейки матки выявило достоверное угнетение функциональной активности Т-лимфоцитов и их субпопуляции (CD3 – 45,1%, CD4 – 26,7 и CD8 – 14,5%). Снижение хелперной функции отмечено как у больных РШМ, так и у женщин с наличием предопухолевой патологии. Однако необходимо отметить, что в группе больных с РШМ показатели Т-клеточного и В-клеточного звеньев были более низкими (CD3 – 37,0%; 4 – 24% и CD8 – 13%, CD5-11% CD11-15%, соответственно).

В группе женщин с РШМ наблюдалось снижение (9%) NK-клеток (CD16). Со стороны гуморального иммунитета в обеих группах была выявлена гиперпродукция иммуноглобулинов G и M.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, рак шейки матки в Таджикистане имеет большее распространение у женщин, проживающих в Согдийской области.

Среди больных с РШМ преобладают многорожавшие пациентки - 64,1%, а в группе с предопухолевыми процессами шейки матки - женщины, имевшие в анамнезе 1-4 родов.

Отягощённый онкологический анамнез имели 23,3% больных с РШМ и 9,6% - с предопухолевыми состояниями.

Определяющими факторами развития патологических процессов шейки матки в наших исследованиях были: раннее начало половой жизни (22,9 % случаев у больных с предопухолевыми заболеваниями и в 19,8% случаев - в группе со злокачественными опухолями шейки матки); наличие более 2 половых партнёров в анамнезе (9,4%), более 2 партнёрш среди их мужей (38,4%).

Фактором риска возникновения предраковых изменений и рака шейки матки являются генитальные инфекции, а основным инфекционным агентом является папилломовирусная инфекция.



ЛИТЕРАТУРА

1. Европейская Ассоциация по борьбе с раком шейки матки и профилактика рака шейки матки в Европе / M. Grce [et al.] // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. – 2007. - № 64. – С. 14-16
2. Новик В.И. Эпидемиология рака шейки матки, факторы риска, скрининг // В кн.: Практическая онкогинекология: избранные лекции (ред. А.Ф. Урманчеева, С.А.Тюляндин, В.М.Моисеенко). – С-Пб: Центр ТОММ. – 2008. – С. 115-126
3. Garcia M. Global cancer Facts and Figures 2007 / M. Garcia [et al.] – Atlanta, GA: American Cancer Society. - 2007
4. Ullrich A. План действий ВОЗ по борьбе с раком шейки матки /A. Ullrich, P. Garwood, P. Claves // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. – 2007. - № 64. – С. 4-7
5. Статистический ежегодник Республики Таджикистан / - Госкомстат РТ. – Душанбе. – 2010. – 198с.
6. Новик В.И. Скрининг рака шейки матки // Практическая онкология. - 2010. - Т.11. - №2. – С. 66
7. Монахов Б.В. Современная профилактика рака. Научные достижения и практические рекомендации / Б.В. Монахов, Д.Р. Кайдарова, Г.А. Афонин. – Алматы. – 2009. – С. 124-125
8. Cutts F. Вирус папилломы человека, рак шейки матки и вакцины против ВПЧ: вопросы здравоохранения / F. Cutts, N. Broutet, G. Lazdane // Европейский журнал по сексуальному и репродуктивному здоровью. – 2007. - № 64. – С. 7-10

Summary

Epidemiological aspects of cervical cancer in Tajikistan

F.N. Karimova, S.G. Umarova, M.S. Raupova

Prospective analysis of 560 patients with cervical cancer and 110 women with precancerous cervical process has established determinants factors of pathological processes of the cervix were: early onset of sexual activity (until 18 year) (22.9% in patients with precancerous diseases and in 19.8% of cases - in the group with malignant tumors of the cervix). Another factors were the presence of more than 2 sexual partners in women (9.4%) and more than 2 partners in husbands of studied patients (38.4%), genital infection, HPV, burdened with a history of cancer, multiple birth in history.

Key words: cervical cancer, human papilloma virus, squamous cell nonhorned carcinoma, adenocarcinoma

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ф.Н. Каримова – доцент кафедры онкологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр.И.Сомони-59
E-mail – firuza.k@mail.ru



Опыт хирургического лечения большого угла косоглазия

Х.Д. Карим-Заде, Х.С. Мирзоев*, А.М. Мазабшоев, М.Ю. Нихмонов*

Кафедра офтальмологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

*глазное отделение Национального медицинского центра Республики Таджикистан

В статье рассмотрены результаты хирургического лечения 18 пациентов с углом косоглазия более 30 градусов. Выявлено, что максимальная резекция и рецессия горизонтальных мышц на амблиопичном глазу была эффективной в 88,8% случаев. Проведение операции только на одном глазу при большом угле косоглазия может быть рекомендовано при наличии амблиопии с целью защитить единственный видящий глаз от потенциальных осложнений хирургического вмешательства.

Ключевые слова: косоглазие, большой угол отклонения, эзотропия, экзотропия, амблиопия

ВВЕДЕНИЕ. При косоглазии целью операции является восстановление симметричного или близкого к нему положения глаз путём изменения мышечного баланса. При наличии одностороннего косоглазия предпочтительной является комбинированная операция только на глазу с худшим зрением. Распределение хирургической коррекции на 3-4 мышцы является рациональной возможностью при большом угле косоглазия (30° и более) на глазах с одинаково хорошим зрением [1]. Хирургическое вмешательство только на двух мышцах в таких случаях может привести к послеоперационным косметическим и функциональным дефектам [1,2]. Так, рецессия и резекция горизонтальной прямой мышцы более чем на 6-8 мм может уменьшить подвижность глазного яблока, которая может привести к диплопии при взгляде в том направлении, в котором имеется данное ограничение. Кроме того, при резекции внутренней прямой мышцы более чем на 6 мм могут наблюдаться энофтальм и сужение глазной щели [3]. Всё же многие авторы используют рецессии и резекции мышц больше рекомендованных значений с успешными результатами [4-7]. Исследования, посвящённые хирургическому лечению большого угла сходящегося или расходящегося косоглазия с вовлечением только двух мышц одного глаза, также проводилось некоторыми авторами, но их мнения насчёт эффективности данной процедуры разделились [8-11]. Таким образом, вопрос о проведении операции на двух мышцах на одном глазу при большом угле косоглазия остаётся спорным и актуальным на сегодняшний день.

ЦЕЛЬЮ нашего исследования явилась оценка результатов оперативного лечения, проведённо-

го на одном глазу у пациентов с большим углом косоглазия.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В данное исследование включены 18 пациентов (10 – мужчин, 8 – женщин) с односторонним косоглазием с углом отклонения 30 градусов и более. Расходящееся косоглазие наблюдалось у 11 пациентов, сходящееся – у 7. Возраст пациентов колебался от 16 до 37 лет (в среднем 21,1 год). Все пациенты были подвергнуты офтальмологическому обследованию, включающему определение остроты зрения, скиаскопию в условиях циклоплегии, биомикроскопию переднего отрезка глаза и офтальмоскопию заднего отрезка с помощью прямого офтальмоскопа. Угол косоглазия определялся по методу Гиршберга и составил в среднем $44,4 \pm 7,1^\circ$. Острота зрения на косящем глазу колебалась от светоощущения до 0,6 (в среднем 0,18), на здоровом глазу в среднем была равной 1,0. Снижение остроты зрения в большинстве случаев происходило в результате депривационной амблиопии. Рефракция была в большинстве случаев эметропичной, в двух случаях наблюдалась миопия слабой степени, в 1 одном глазу – гиперметропия в 11 диоптрий при односторонней афакии. Оперативное вмешательство заключалось в рецессии и резекции наружной и внутренней прямых мышц косящего глаза, проводимого под общей анестезией (внутривенный наркоз). В послеоперационном периоде определялись острота зрения, положение и подвижность глазных яблок во время каждого осмотра после 1 недели, 1, 3, 6 и 12 месяцев в течение всего периода наблюдения. Успех операции определялся по положению глаз в состоянии ортофории $\pm 5^\circ$.

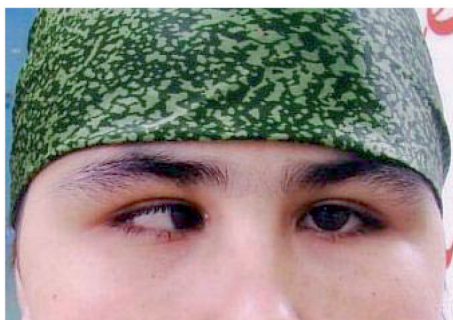


РИС. 1. ПАЦИЕНТКА К.О., 18 ЛЕТ, СО СХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ 45 ГРАДУСОВ ДО ПРОВЕДЁННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА



РИС. 2. ПАЦИЕНТКА К.О., 18 ЛЕТ, СО СХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ 45 ГРАДУСОВ ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

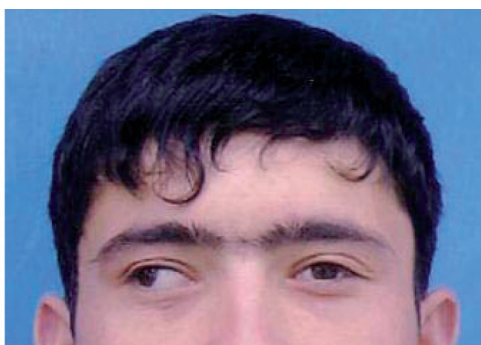


РИС. 3. ПАЦИЕНТ М.И., 24 Г. С РАСХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ БОЛЕЕ 45 ГРАДУСОВ ДО ОПЕРАЦИИ

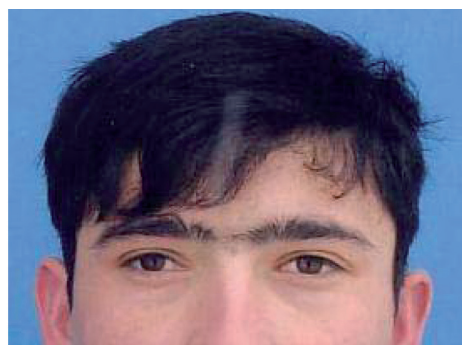


РИС. 4. ПАЦИЕНТ М.И., 24 Г. С РАСХОДЯЩИМСЯ КОСОГЛАЗИЕМ БОЛЕЕ 45 ГРАДУСОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

РЕЗУЛЬТАТЫ. Пациентам с расходящимся косоглазием была проведена операция рецессия наружной прямой мышцы от 6 до 8 мм (в среднем 7,4 мм) от места прикрепления и резекция внутренней прямой мышцы 6-10 мм (в среднем 9,3 мм). Пациентам со сходящимся косоглазием хирургическое вмешательство заключалось в рецессии внутренней прямой от 7 до 11 мм (в среднем 7,6 мм) от места прикрепления и резекции наружной прямой мышцы 9-13 мм (в среднем 9,6 мм). Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Установка глазных яблок как в ранние, так и поздние сроки послеоперационного периода составила $0 \pm 5^\circ$ у 16 пациентов (88,8%), в двух случаях наблюдался гипозэффект до 10° . Позже этим больным была проведена операция вторым этапом на другом глазу. Подвижность глазного яблока была ограничена только в положении максимального отведения и приведения, однако, диплопии вследствие депривационной амблиопии ни у одного из пациентов не наблюдалось. Энтофальма или сужения глазной щели не наблюдалось (рис. 1-4). Все пациенты были удовлетворены косметическим результатом операции.

ОБСУЖДЕНИЕ. Большинство исследований хирургического лечения большого угла косоглазия посвящено случаям с врождённой эзотропией. Так, при врождённом сходящемся косоглазии с углом отклонения билатеральная рецессия внутренних прямых мышц на 6-7 мм привела к симметричному положению глаз в 70-91% случаев без значительного ограничения аддукции [4,5]. Другие исследователи, однако, предполагают, что вмешательство на 3-4 мышцах более эффективно и предотвращают нарушение конвергенции [12].

Несколько исследований оперативного лечения расходящегося косоглазия с большим углом отклонения опубликовали успешный результат в 72% до 80% случаев после двухсторонней рецессии наружных прямых мышц на 8-9мм [6]. Всё же ограничение отведения наблюдалось среди 30% пациентов из 24 исследованных [7]. Bracamontes поддерживает тактику билатеральной хирургии при экзотропии с большим углом отклонения у пациентов с низким зрением на одном или обоих глазах, потому что частота рецидивов выше при монокулярном вмешательстве [13]. Currie с соавт. предположили, что операции, включающие 3-4 мышцы при большом



угле расходящегося косоглазия, более эффективны, чем операции с вовлечением только двух мышц [14].

В 1973 году Rayner K.W. и Jampolsky A. опубликовали статью о проведении операции при расходящемся косоглазии с большим углом при амблиопии, в которой они предложили использование большой резекции внутренней прямой и максимальную рецессию наружной прямой на амблиопичном глазу, таким образом, ограничивая хирургическое вмешательство только на одном отклонённом глазу. Они даже утверждали, что предполагаемый недостаток дефицита абдукции становится преимуществом для предупреждения повторной экзотропии. Среди их 22 пациентов, 6 подверглись резекции медиальной прямой мышцы более чем на 9 мм, в то время как рецессия латеральной прямой составила 7-8 мм [8]. Однако, они не упомянули насколько косметически удовлетворительными были их результаты. Chang и др. в свою очередь наблюдали косметические результаты с минимальными нарушениями подвижности глазного яблока после проведения супер-максимальной хирургии на амблиопичных глазах с максимальным углом отклонения наружу у небольшой группы пациентов [9].

Однако, другие авторы считают, что вмешательство, проведённое на одном глазу при большом угле косоглазия, имеет хорошие результаты только у пациентов с углом отклонения до 60 призмных диоптрий, а при отклонении более 65 призмных диоптрий требуется вторая операция [10, 11]. Однако, в обоих исследованиях не сообщается о наличии амблиопии на оперированном глазу, что затрудняет оценку результатов лечения.

Анализ наших результатов показал успех хирургического лечения в 88,8% случаев как при расходящемся, так и при сходящемся косоглазии. Как видно на послеоперационных фотографиях, косметические дефекты не были выраженными. Ограничение подвижности глазных яблок отмечалось только в положениях максимального отведения и/или приведения. Другие ожидаемые дефекты, такие как уменьшение глазной щели или энофтальм не наблюдались. Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают данные литературы [8,9].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, при большом угле косоглазия максимальная резекция и рецессия горизонтальных мышц на амблиопичном глазу является эффективной процедурой, имеет удовлетворительные косметические результаты и может быть рекомендована с целью защитить единственный видящий глаз от потенциальных осложнений хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисов Э.С. Содружественное косоглазие / Э.С. Аветисов - М., «Медицина», -1977. - 312с.
2. Santiago A.P. Intermittent exotropia /A.P. Santiago, M.R. Ing, B.J. Kushner, A.L. Rosenbaum - In: Rosenbaum AL, Santiago AP, editors. Clinical strabismus management: principles and surgical techniques. Philadelphia: W.B. Saunders. - 1999. - С.163-73
3. Parks M.M. Atlas of strabismus surgery. /Parks MM, Parker JE. - Philadelphia: Harper & Row; -1983. - С.6-23
4. Nelson L.B. Surgical management of large angle congenital esotropia. / L.B.Nelson, J.H.Calhoun, J.W. Simon, T.Wilson, R.D.Harley // Br. J. Ophthalmol – 1987 - №71 –С.380-383
5. Vroman D.T. Two-muscle surgery for congenital esotropia: rate of reoperation in patients with small versus large angles of deviation. /Vroman D.T., Hutchinson A.K., Saunders R.A., Wilson M.E.// J AAPOS. – 2000 №4 – С.267-70
6. Celebi S. Large bilateral lateral rectus recessions in large angle divergence excess exotropia. /Celebi S., Kukner A.S.// Eur. J. Ophthalmol. – 2001 - №11 –С.6-8
7. Berland J.E. Results of large (8-9mm) bilateral rectus muscle recessions for exotropia. / Berland J.E., Wilson M.E., Saunders R.B.// Binocul Vis Strabismus Q. – 1998 - №12 - С.97-104



8. Rayner K.W. Management of adult patients with large angle amblyopic exotropia. / Rayner K.W., Jampolsky A.// Ann Ophthalmol -1973 - №5 – С.95-9
9. Chang J.H. Supermaximal recession and resection in large-angle sensory exotropia. / Chang J.H., Kim H.D., Lee J.B., Han S.H.// Korean J Ophthalmol – 2011 - №25 – С.139-141
10. Millan T. Results of monocular surgery under peribulbar anesthesia for large-angle horizontal strabismus. /Millan T., de Carvalho K.M., Minguini N.// Clinics. – 2009. -№64.- С.303-8
11. Ganduly S. Effect of monocular surgery for large-angle horizontal deviation in adults. /Ganduly S., Pradhan R.// Nepal J Ophthalmol. – 2011 - №3 – С.27-30
12. Scott W.E. Surgery for large-angle congenital esotropia: two vs. three and four horizontal muscles. /Scott W.E., Reese P.D., Hirsh C.R., Flabetich C.A.// Arch Ophthalmol. – 1986 - №104 – С.374-7
13. Bracamontes A.C. Quirurgico de la Exotropia Secundaria /Bracamontes A.C.Manejo// В сборнике статей XII Congreso del Consejo Latinoamericano de Estrabismo; Buenos Aires – 1996 – с.173
14. Currie ZI. Surgical correction of large-angle exotropia in adults /Currie Z.I., Shipman T., Burke J.P.// Eye. – 2003 - №17– с.334-9

Summary

Experience of surgical treatment of large angle strabismus

H.D. Karim-Zade, H.S. Mirzoyev, A.M. Mazabshoev, M.Y. Nihmonov

The results of surgical treatment of 18 patients with strabismus angle over 30 degrees has shown in the article. Maximum resection and recession of the horizontal muscles on the amblyopic eye was effective in 88.8% of cases. Thus, the operation only on one eye at a large angle of strabismus can be recommended in the presence of amblyopia in order to protect the only seeing eyes from the potential complications of surgery.

Key words: strabismus, high angle, esotropia, ekzotropiya, amblyopia

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Х.Д. Карим-Заде - ассистент кафедры офтальмологии ТГМУ;
Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки-139
E-mail: kh.karimzade@gmail.com



Микробиологические особенности хронического бактериального простатита при сахарном диабете

И.А. Тюзиков, С.Ю. Калинин*

ООО «Медицинский центр диагностики и профилактики», Ярославль;

*кафедра эндокринологии ФПКМР РУДН, Москва, Россия

В работе представлены результаты собственных исследований частоты и особенностей этиологии хронического бактериального простатита у 70 мужчин с сахарным диабетом 2 типа в зависимости от наличия или отсутствия у них диабетической нейропатии и/или андрогенного дефицита. Установлено, что при наличии указанных метаболических нарушений частота инфекции в простате статистически выше, чем при их отсутствии, а пониженная чувствительность выделенных из секрета железы микроорганизмов к стандартным антибиотикам не позволяет рекомендовать режим эмпирической антибактериальной терапии при хроническом бактериальном простатите на фоне сахарного диабета 2 типа. Урогенитальная нейропатия и андрогенный дефицит являются патогенетическими факторами персистенции инфекции в простате у мужчин с сахарным диабетом 2 типа, что следует учитывать при выработке стратегии и тактики обследования и лечения данной группы больных.

Ключевые слова: диабетическая нейропатия, андрогенный дефицит, хронический бактериальный простатит, сахарный диабет, урогенитальная нейропатия

ВВЕДЕНИЕ. Сахарный диабет (СД) является одной из актуальных медико-социальных проблем современной медицины [1]. Примерно 95% всех больных СД составляют больные СД 2 типа [2-4]. Данная патология характеризуется существенным снижением качества и продолжительности жизни пациентов, обусловленных развитием ранних и поздних осложнений этого тяжёлого системного заболевания. Урологи и андрологи чаще всего имеют дело со специфическими мочеполовыми осложнениями СД 2 типа [1,10], такими как хронический бактериальный простатит. Урогенитальная нейропатия при СД 2 типа развивается в 43-87% случаев, но её специфических критериев не существует [5-7]. Клинические проявления этого осложнения СД имеют место у 10-20% больных, однако, при детальном неврологическом исследовании признаки поражения периферических нервных волокон можно выявить у 60-70% больных (доклиническая нейропатия) [8,9]. Следовательно, когда диагностируется клиническая диабетическая дистальная нейропатия, а priori уже

имеются поражения более мелких висцеральных нервов, в том числе, органов малого таза и половых органов. Иными словами, висцеральная урогенитальная нейропатия предшествует в своём развитии и проявлениях дистальной нейропатии [4,10]. Есть теории, объясняющие возможность вторичного инфицирования простаты вследствие нейрогенной дисфункции тазового дна различного генеза [5,10,12,13]. В данном случае инфекция простаты вторична, а лечение следствия (воспаления) без устранения причины (нейропатии) представляется, по крайней мере, неразумным. С другой стороны, частота дефицита тестостерона у мужчин с СД 2 типа почти в 3 раза выше, чем в обычной популяции мужчин [10,11,14,16,17].

Таким образом, СД является уникальной метаболической моделью для изучения влияния факторов метаболического дисбаланса на течение воспалительной патологии простаты. По данным разных авторов, общая частота простатита в популяции мужчин состав-



ляет от 8 до 35% [12,13,15,18,19]. При этом примерно 62% из них – мужчины среднего трудоспособного возраста [10,19]. В старшем возрасте частота хронического простатита уменьшается до 21,6%, однако, с ростом возрастной заболеваемости доброкачественной гиперплазией простаты, которая в 70-100% случаев сочетается с хроническим воспалением в простате, можно утверждать о высокой медико-социальной значимости хронического бактериального простатита и в этой возрастной группе [10,13].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучить микробиологические особенности хронического бактериального простатита (ХБП) у мужчин с сахарным диабетом 2 типа и оценить роль диабетической нейропатии и андрогенного дефицита в его патогенезе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Методом сплошного текущего выбора проведено комплексное обследование 70 мужчин с СД 2 типа в возрасте 30-78 лет (средний возраст - $48,5 \pm 8,4$ лет). Стаж диабета составил $9,2 \pm 2,8$ лет. Объём исследований: сбор анамнеза и жалоб урологического и эндокринологического плана, анкетирование по шкале IPSS-QL и CPSI-QL, пальцевое ректальное исследование (ПРИ) простаты, УЗИ - предстательной железы и мочевого пузыря (объём и структура простаты, остаточная моча), неврологическое обследование с подсчётом баллов и индекса NDS выраженности полинейропатии по Янгу (отсутствие нейропатии – до 3 баллов, умеренная нейропатия – сумма баллов 3-5, выраженная нейропатия – 6-8, тяжёлая – 9-10 баллов) [11], цитологические и бактериологические исследования секрета предстательной железы. У всех больных определялся уровень общего тестостерона крови радиоиммунным методом (нормальным считали уровень общего тестостерона > 12 нмоль/л). Статистическая обработка материала проводилась по программе Statistica 6.0, статистически значимым для всех показателей считался $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. При анализе анамнеза выявлено, что у 32/70 (45,7%) мужчин в течение 1-2 лет до постановки диагноза СД 2 типа имелась дизурия, характерная как для ранних проявлений СД, так и патологии пузырно-простатического сегмента. Однако, только у 9/32 (28,2%) пациентов в ходе урологического обследования проводилась дифференциальная диагностика между этими состояниями, у всех у них был определён повышенный уровень глюкозы крови, и они направлены к эндокринологу. У остальных 23/32 (71,8%) больных с дизурией диагноз СД 2 типа был установлен только после их обращения непосредственно к эндокринологу. Этот факт свидетельствует о низкой насто-

роженности практических урологов в отношении дизурии как возможном раннем проявлении СД 2 типа у мужчин.

Ультразвуковые находки в предстательной железе выявлены у 56/70 (80%) мужчин, они заключались в изменении эхогенности железы, наличии зон кальцификации и фиброза, средний объём простаты составил $32,5 \pm 5,3$ см³ (диапазон 18,1- 43,2 см³). Мы не считаем УЗИ методом выбора в диагностике хронического простатита за неимением патогномичных эхографических признаков заболевания. Однако, выполнение УЗИ полезно для уточнения размеров простаты и её структуры, а также определения уровня остаточной мочи, который является показателем степени компенсации детрузора мочевого пузыря. У 20/70 (28,6%) больных выявлена остаточная моча в объёме 17-35 мл при отсутствии эхографических признаков аденомы простаты и клинического эквивалента резидуальной мочи в виде ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря. Полагаем, что в данном случае речь может идти о ранних проявлениях диабетической цистопатии по сенсорному типу (больные не чувствуют наличия остаточной мочи), что следует использовать в ранней диагностике неврологических осложнений сахарного диабета, каковыми являются именно симптомы уrogenитальной нейропатии.

Изменения структуры и чувствительности предстательной железы при её ПРИ и умеренный лейкоцитоз секрета (содержание лейкоцитов более 10 в поле зрения) выявлены у 29/70 (41,5%) больных с СД 2 типа. У всех них он сопровождался снижением количества лецитиновых зёрен (нарушение секреторной функции железы), а у 13/29 (44,8%) больных в секрете имелись макрофаги (цитологические маркёры конгестии). Частота выявления бактериологически значимой инфекции в предстательной железе у мужчин с СД 2 типа составила 41,5% (29/70). Только у каждого третьего больного в посевах секрета простаты роста аэробов не получено, хотя это не исключает возможности наличия у них анаэробов или аэробно-анаэробных ассоциаций, для культивирования которых стандартные методы не подходят. При сопоставлении результатов микробиологических исследований мочи и секрета простаты у 30 из 70 больных оказалось, что в 18/30 (60%) случаях имела место полная идентичность выявленных уропатогенов ($p < 0,05$).

Результаты исследования чувствительности выделенных из простаты микроорганизмов к современным антибиотикам, рекомендованным для эмпирической терапии бактериальных простатитов, представлены в таблице.



**ТАБЛИЦА. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВЫДЕЛЕННЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ
БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ
ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (N=70)**

Группа антибиотиков	Средняя чувствительность простатопатогенов и диапазон колебаний (%)
Фторхинолоны	90,2 (87,5-98,4)
Ингибитор-защищенные аминопенициллины	78,3 (69,3-86,2)
Цефалоспорины 2-3 поколения	89,2 (87,3-92,4)
Тетрациклины	87,6 (81,3-95,9)

Вследствие того, что выделенные культуры простатопатогенов у больных СД 2 типа не всегда обладали минимальной 90%-ной чувствительностью к фторхинолонам, которые рекомендованы EAU (2010) в качестве антибиотиков первой линии терапии ХБП, мы полагаем, что антибактериальная терапия ХБП у мужчин с СД 2 типа вообще не должна проводиться в эмпирическом режиме. Это подтверждают и результаты проведенных микробиологических исследований, которые выявили ещё более низкую чувствительность к другим антибактериальным химиопрепаратам, нередко назначаемым при лечении хронической инфекции предстательной железы.

При неврологическом обследовании у 56/70 (80%) мужчин выявлены клинические признаки дистальной периферической полинейропатии: у 24/56 (42,9%) – умеренная (средний балл по Янгу $3,8 \pm 1,2$), у 19/56 (33,9%) – выраженная (средний балл по Янгу $7,3 \pm 1,2$), у 13/56 (23,2%) – тяжёлая нейропатия (средний балл по Янгу $9,3 \pm 0,7$).

Кроме того у 25/70 (35,7%) больных обнаружен гипотонус анального сфинктера, а также снижение бульбокавернозного и кремастерного рефлексов, что характерно для тазовой нейропатии. Признаки диабетической нейропатии по данным неврологических тестов имелись у всех 29 больных с выявленной латентной инфекцией простаты. При этом умеренная нейропатия выявлена у 10/29 (34,5%) больных, выраженная – у 11/29 (37,9%), тяжёлая нейропатия – у 8/29 (27,6%) больных.

У мужчин без признаков инфекции в простате и нейропатии (27/56, или 48,2%) умеренная её форма имела место у 14/27 (51,8%) больных, выраженная – у 8/27 (29,7%), тяжёлая – у 5/27 (18,5%) больных. Как видно, процент выраженной и тяжёлой нейропатии в группе больных с бактериальной инфекцией в простате был достоверно выше, чем у больных с

отрицательными результатами бактериологического исследования секрета простаты ($p < 0,05$).

Снижение уровня общего тестостерона выявлено у 10/29 (34,5%) мужчин с латентной инфекцией простаты: при этом у 4/29 (13,8%) из них средний уровень тестостерона составил $9,3 \pm 1,5$ нмоль/л (абсолютный андрогенодефицит), у 6/29 (20,7%) больных – соответственно $11,5 \pm 0,9$ нмоль/л (погранично-низкий уровень). В то же время только у 9/41 (21,9%) больных без инфекции простаты диагностирован андрогенодефицит, при этом уровень тестостерона оказался у всех погранично-низким ($11,2 \pm 1,5$ нмоль/л). Следовательно, дефицит андрогенов выявлялся в 1,5 раза чаще у больных с латентной инфекцией простаты в сравнении с больными, у которых признаков инфицирования предстательной железы не выявлялось ($p < 0,05$). Таким образом, у мужчин с бактериальной инфекцией в простате на фоне сахарного диабета достоверно чаще выявлялись выраженная или тяжёлая диабетическая нейропатия и абсолютный андрогенодефицит.

ВЫВОДЫ:

1. Частота хронической инфекции простаты у мужчин с СД 2 типа достигает 41,5%, ведущими возбудителями которой являются условно-патогенные стафилококки и бактерии кишечной группы, характеризующиеся недостаточной чувствительностью в отношении основных классов антибактериальных химиопрепаратов (менее 90%).
2. Диабетическая нейропатия различной степени выраженности выявляется у всех больных с инфицированной предстательной железой, а у 34,5% больных ХБП на фоне СД 2 типа выявляется андрогенный дефицит. У мужчин без признаков инфекции простаты нейропатия и андрогенный дефицит выявляются гораздо реже (соответственно в 48,2% и 22,4 % случаев).



3. Высокая частота сочетания инфекции простаты, диабетической нейропатии и андрогенного дефицита у мужчин с СД 2 типа позволяет говорить об их патогенетической связи и необходимости выявления указанных системных факторов у всех мужчин с диабетом при диагностике ХБП.
4. С учётом выявленной недостаточной чувствительности рекомендованных для лечения ХБП антимикробных химиопрепаратов у больных СД 2 типа антибактериальная терапия должна проводиться только в целенаправленном режиме (бактериологический мониторинг).
5. Коррекция сопутствующих метаболических нарушений (нейропатия, андрогенный дефицит) у больных СД 2 типа и ХБП может быть одним из вариантов преодоления растущей антибиотикорезистентности в этой клинически сложной группе урологических больных.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, результаты исследования продемонстрировали высокую частоту сочетания полинейропатии, андрогенного дефицита и латентной инфекции простаты у мужчин с СД 2 типа. Этот факт позволяет сделать вывод о том, что метаболические факторы способствуют проникновению и персистенции инфекции в простате. Нейропатия и андрогенный дефицит, выявляемые с высокой частотой у больных СД 2 типа, вследствие инициированных ими нарушений иннервации и кровоснабжения простаты существенно затрудняют проникновение антибиотиков в её ткань, чем можно объяснить недостаточную чувствительность выявленных простатопатогенов или вовсе их антибиотикорезистентность. Поэтому подход к ХБП у больных сахарным диабетом требует пересмотра: его необходимо рассматривать как осложнённый вариант инфекции мужской половой системы (по аналогии с осложненными ИМВП), а антибактериальную терапию необходимо проводить не по принципам эмпиричности, а строго целенаправленно (с обязательным бактериологическим мониторингом у каждого больного до, в процессе и после лечения). Выявленные метаболические особенности патогенеза хронического бактериального простатита у больных СД 2 типа могут изменить существующее представление о данном заболевании только как о локальной инфекции простаты, нередко резистентной к антибактериальной терапии. Проблема может звучать шире и сложнее – рецидивирующая, упорная или латентная инфекция простаты как маркёр метаболического неблагополучия мужчины. Для этого, безусловно, необходимы дальнейшие исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Щеплев П.А. Коррекция эректильной дисфункции у больных сахарным диабетом / П.А.Щеплев, Б.Р.Гвасалия // Андрол. и генит. хирургия, -2010. -№4. -С. 82-86
2. Балаболкин М.И. Эндокринология / М.И.Балаболкин. - М.: «Универсум паблишинг», -1998. - 582 с.
3. Аметов А.С. Диабетическая полинейропатия: настоящее и будущее / А.С.Аметов, И.А.Строчков // Российские медицинские вести, -2001. -№ 4(1). -С. 35-40
4. Диабетическая нейропатия. Методическое пособие для слушателей циклов усовершенствования врачей [Ред. проф. Демидова И.Ю.]. Каф.эндокринологии и диабетологии РГМУ. -М., -2008. -39 с.
5. Рекомендации EAU по нейрогенным нарушениям мочеиспускания. Экспериментальная и клиническая урология, -2010. -№ 1(1). -С. 46-48
6. Vinik A.I. Diabetic neuropathies / A.I.Vinik, T.S.Park, K.B.Stansberry // Diabetologia, -2000. -V.43. -P. 957-973
7. Dutcsch M. Diabetic autonomic neuropathy / M.Dutcsch, M.J.Hilz, B.Neundorfer // Fortschr. Neurol. Psychiatr., -2001. -№ 9. -V.69. -P. 423-438
8. Case Study: Peripheral Neuropathy in Diabetes: Is It Diabetic Neuropathy? Dace L., Trence // Clinical Diabetes, 2002. № 20. P. 103-104
9. Coppack S.W. The natural History of Diabetic femoral Neuropathy / S.W.Coppack, P.J.Watkins // Q.J.Med., -1991. -№79. -P. 307-314
10. Калинин С.Ю. Практическая андрология / С.Ю.Калинин, И.А.Тюзиков. -М.: Практическая медицина, -2009. - 400 с.
11. Нарушения половой функции у мужчин при сахарном диабете. [Ред. проф. Коган М.И.]. -М., -2005. – 224 с.
12. Сивков А.В. Применение альфа-1-адреноблокаторов у больных хроническим неинфекционным простатитом / А.В.Сивков, В.Н.Ощепков, А.А.Егоров // Consilium Medicum, -2005. -№7, -Т.4. -С. 385-390
13. Глыбочко П.В. Хронический инфекционный простатит /П.В.Глыбочко [и др.]// Материалы VI Российского конгресса «Мужское здоровье» с международным участием. -М., -2010. - С. 24-35



14. Михайличенко В.В. Патогенез, диагностика и лечение возрастного андрогенного дефицита у мужчин / В.В.Михайличенко // Андрология и генит.хирургия. -2005. -№2. -С. 60-62
15. Мужские болезни. Книга 1. [Ред. А.А. Камалов, Н.А. Лопаткин]. М.: Медицинское информационное агентство, -2008. - 320 с.
16. Борисов В.В. Возрастной андрогенный дефицит: реальность и перспективы / В.В.Борисов, С.Ю.Калинченко, Е.А.Шилов // Врач, -2007. -№2. -С. 3-7
17. ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA Recommendations: diagnosis, treatment and monitoring of Aging Male Hypogonadism // The Aging Male. 2008. № 1-8: First article.
18. Meares E.M. Jr. Prostatitis // Med. Clin. N. Amer. 1991.Vol.75. P. 405-424
19. Nickel J.C. Chronic prostatitis: Current Concepts and antimicrobial therapy / J.C.Nickel, W.Weidner // Infect. Urol. -2000. -Vol. 13. -P. 22

Summary

Microbiological features of chronic bacterial prostatitis of in diabetes

I.A. Tyuzikov, S.Yu. Kalinchenko

Results of research the frequency and features of the etiology of chronic bacterial prostatitis in 70 men with type 2 diabetes, depending on the presence or absence of diabetic neuropathy and/or androgen deficiency presented in the article. The presence of mentioned metabolic abnormalities in the prostate infection rate statistically higher than in their absence. Reduced sensitivity of microorganisms isolated from gland secretions to standard antibiotics can not recommend treatment of empirical antibiotic therapy for chronic bacterial prostatitis on the background of type 2 diabetes. Urogenital neuropathy and androgen deficiency are pathogenetic factors of persistent infection in the prostate in men with type 2 diabetes, which should be considered when developing strategies and tactics evaluation and treatment of this group of patients.

Key words: diabetic neuropathy, androgen deficiency, chronic bacterial prostatitis, antibiotic resistance, diabetes mellitus, urogenital neuropathy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

И.А.Тюзиков - профессор Российской академии естествознания;
Россия, г. Ярославль, пр. Ленина, д. 33. E-mail: phoenix-67@list.ru



Современные аспекты диагностики синдрома поликистозных яичников с бесплодием

Т.А. Назаренко, Д.А. Ходжамуродова, Ш.С. Анварова

Таджикский научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

Детальное изучение аспектов бесплодия у 316 женщин, страдающих синдромом поликистоза яичников (СПКЯ), в зависимости от региональной принадлежности, выявило, что СПКЯ обнаружен у больных из сельского региона в раннем репродуктивном возрасте от 19 до 24 лет в 55% случаев и в 40% случаев у городских женщин. У 35,4% больных, страдающих бесплодием, СПКЯ и метаболическим синдромом установлена дислипидемия (гипертриглицеридемия, низкая концентрация холестерина ЛПВП) в сочетании с нарушением толерантности к глюкозе. Полученные данные подтверждают не только гетерогенность и сложность диагностики патологии, но и свидетельствуют о длительном и тяжёлом поражении репродуктивной системы. Установленные особенности требуют новых подходов в диагностике данного контингента больных для повышения эффективности дифференцированной терапии.

Ключевые слова: женское бесплодие, синдром поликистоза яичников, метаболический синдром, менструальная функция, репродуктивная система, оперативная лапароскопия

ВВЕДЕНИЕ. Синдром поликистоза яичников (СПКЯ) - мультифакторная патология, для которой характерны олиго- и аменорея, хроническая ановуляция, гиперандрогения, гирсутизм и бесплодие [1-5].

По данным ряда авторов СПКЯ является наиболее частой патологией, которая встречается в 56,2% случаев среди женщин с бесплодием эндокринного генеза, а в структуре бесплодного брака этот синдром занимает 5-6-е место, составляя более 20% [2,3].

Согласно критериям Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ (2004), данный диагноз устанавливается при наличии типичной триады клинико-лабораторных признаков: нарушение менструального цикла, гиперандрогения, эхографические признаки поликистозных яичников [4].

Помимо этого, по мнению ряда авторов, в структуре метаболических расстройств у больных с СПКЯ играет определённую роль инсулинорезистентность и гиперинсулинемия [1,5-8].

В связи с этим, прежде чем выбрать адекватные и эффективные методы лечения, восстанавливающие овуляцию и приводящие к успешной реализации репродуктивной функции женщины, необходимо тщательное гормональное обследование для оценки уровня повреждения и функциональных резервов

репродуктивной системы. Не менее важную роль играет этап подготовительной терапии к циклу стимуляции овуляции, в зависимости от клинико-гормональных особенностей статуса женщины, а также выбор оптимальной схемы стимуляции овуляции в каждом конкретном случае и последующий динамический клинико-лабораторный контроль стимулированного цикла [1,2].

На современном этапе несмотря на то, что вопросы диагностики и лечения СПКЯ разработаны достаточно полно, выявленные нами клинические особенности течения данного синдрома у женщин с учётом климато-географических условий местности требуют дифференцированного подхода к диагностике и лечению с последующей модификацией данного алгоритма обследования и терапии больных [1,3,8,9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить особенности клинического течения бесплодия с СПКЯ среди женщин сельских и городских регионов Таджикистана для разработки дифференцированного подхода к ранней диагностике синдрома поликистозных яичников у женщин с бесплодием.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проведено комплексное клиническое обследование 316 больных с СПКЯ и бесплодием, включающее анамнез, данные объективного обследования, антропометрическое, гормо-



нальное исследование (содержание в плазме крови ЛГ, ФСГ, ПРЛ, Т, К, ТТГ, СТГ, св.Т4, св.Т3, ДЭА, 17КС, Е2, П; изучение липидного спектра крови (ОХ, ТГ, ХС ЛПВП, ХС ЛПНП), концентрации ИРИ, глюкозы в сыворотке крови натощак, через 1 и 2 часа ПГТТ; ультразвуковое исследование органов малого таза (мониторинг фолликулов), диагностическая и лечебная гистероскопия, и лапароскопия.

Критериями включения больных в группу настоящего исследования были: наличие СПКЯ, длительность бесплодного брака от 1 до 20 лет и продолжительность безуспешного лечения по поводу бесплодия в различных медицинских учреждениях.

В зависимости от места проживания и обращения больные были распределены на 2 группы: в первую (I) группу вошли 200 женщины с бесплодием из сельских регионов республики, вторую (II) группу составили 116 больных, проживающих в городах республики.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Всего было обследовано и подвергнуто лечению 316 больных СПКЯ с бесплодием в браке. Средний возраст обследованных женщин в первой группе составил $24,3 \pm 0,1$ года, а во второй - $27,1 \pm 0,3$ лет. У обследованных женщин бесплодие наблюдалось в основном в раннем репродуктивном возрасте (19 - 24 года) и составляло 55% случаев в 1-ой группе и 40% во 2-ой.

Следует отметить, что частота первичного бесплодия была достаточно высокой у женщин из сельского региона и составляла 78%, тогда как у городских женщин первичное бесплодие отмечалось в 55% случаев. Средняя продолжительность бесплодия у пациенток с СПКЯ составила $4,81 \pm 0,25$ лет в 1-ой группе и $5,26 \pm 0,35$ лет во 2-ой группе, что свидетель-

ствует о длительной и тяжёлой форме поражения репродуктивной функции.

Анализ характера нарушений менструальной функции у 316 больных с СПКЯ показал, что средний возраст менархе составил $14,4 \pm 1,2$ лет в 1-ой группе и $13,8 \pm 0,4$ лет во 2-ой группе. Позднее наступление менархе наблюдалось у 43% больных с СПКЯ и средний возраст позднего менархе - был в пределах $15,1 \pm 1,1$ лет. Как видно из представленных данных (рис.1) позднее наступление менархе отмечается у женщин из сельской местности в 2 раза чаще, чем у городских женщин (94 против 43); аналогичная тенденция отмечена и в отношении как олигоменореи с периода менархе (89 против 38), а также гипоголигоменореи. У 21% пациенток с СПКЯ установлена хроническая ановуляция с продолжительностью более 4 лет, у 45% больных отмечено чередование ановуляции с выраженной недостаточностью лютеиновой фазы (НЛФ).

Проведённое гинекологическое и ультразвуковое исследование выявило, что у 196 (62%) женщин определялась матка обычных размеров и у 120 пациенток (38%) обнаружена гипоплазия матки.

Анализ ультразвукового обследования больных с СПКЯ показал увеличение объёма яичников за счёт гиперэхогенной стромы у значительного контингента (78,8% (249) исследуемых) больных. Средние размеры увеличенных яичников у данных женщин достигали от $13,04 \pm 0,6$ см³ до $15,3 \pm 0,9$ см³ (в контрольной группе $7,03 \pm 0,2$ см³) со множеством атретичных фолликулов (более 6 фолликул) диаметром 4–8 мм, расположенных по периферии яичников.

С целью диагностики и лечебных манипуляций 249 больным с СПКЯ и бесплодием было произведено



РИС. 1. ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С СПКЯ



РИС.2. ДВУСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ РАЗМЕРОВ ЯИЧНИКОВ С ГЛАДКОЙ, БЛЕСТЯЩЕЙ И ПЛОТНОЙ ОБОЛОЧКОЙ



РИС.3. ЯИЧНИКОВО-МАТОЧНОГО ИНДЕКСА – 2,9

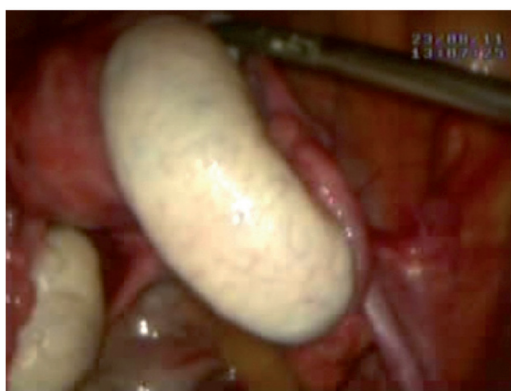


РИС.4-5. ВЫРАЖЕННЫЙ СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК НА ПОВЕРХНОСТИ ОБОЛОЧКИ ЯИЧНИКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОДКАПСУЛЯРНЫМИ КИСТАМИ



лапароскопическое исследование. Лапароскопические признаки СПКЯ у больных с бесплодием представлены на рисунках 2-5.

В 88,6% случаев было установлено увеличение яичниково-маточного индекса – $2,9 \pm 0,4$. Двустороннее увеличение яичников было обнаружено в 278 (88,0%) случаях и в 12% случаев – одностороннее, с гладкой, блестящей и плотной оболочкой, а также с выраженным сосудистым рисунком на поверхности оболочки с множественными подкапсулярными кистами.

Характеристика показателя индекса массы тела у больных с СПКЯ свидетельствует о преобладании лиц с избыточным весом и ожирением, составляя 45% в 1-ой группе и 54% во 2-ой. У 27,5 % больных 1-ой группы с висцеральным типом ожирения, коэффициент ОТ/ОБ (объем талии к объему бедра) составил $0,89 \pm 0,03$, а у 18% женщин 2-ой группы – $0,91 \pm 0,01$. Среднее значение ОТ-104 см в 1-ой группе

и ОТ-102 см во 2-ой группе значительно ($P < 0,05$) превышало этот показатель в контрольной группе (80 см). В среднем отношение ОТ/ОБ у больных в 1-й группе достигал 0,89, во 2-ой группе 0,90 против 0,80 в контрольной группе ($P < 0,05$). Наряду с висцеральным типом ожирения выявлено наличие 16% случаев нигроидного акантоза – пигментированных участков кожи в местах трения и складок.

Изучение гормонального статуса больных с СПКЯ выявило увеличение концентрации тестостерона (гиперандрогения) у 80,5% больных в 1-ой группе и у 65,5% - во 2-ой, что в 2,2 раза выше по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$). Увеличение уровня ЛГ было выявлено у 101 (50,5%) женщины в 1-ой группе и у 66 (56,9%) - во 2-ой, что в 2,8 раза выше по сравнению с контрольной группой ($P < 0,05$). Не отмечалось значимой разницы в величине показателя соотношения коэффициента ЛГ/ФСГ в изучаемых группах: 3,2 - в 1 группе (51%) и 3,0- во 2-ой (56%). Концентрация дегидроэпиандростерона у больных

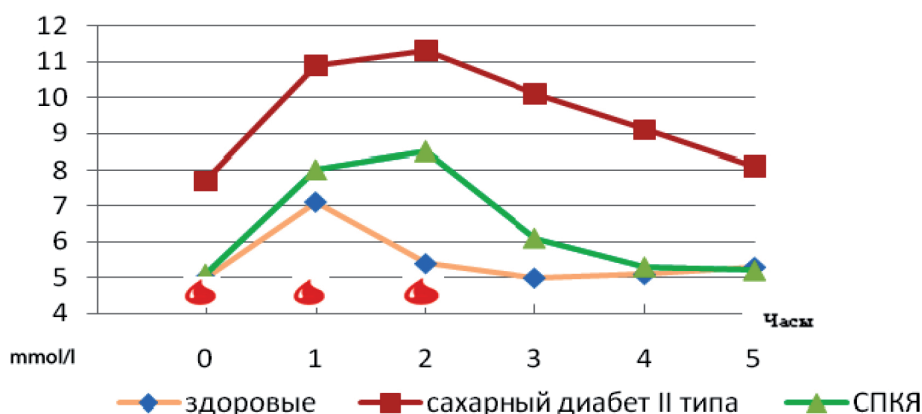


РИС.6. ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРОРАЛЬНОГО ГЛЮКОЗОТОЛЕРАНТНОГО ТЕСТА У ИССЛЕДУЕМЫХ БОЛЬНЫХ

1-ой и 2-ой группы в 2,3 и в 2,1 раза ($P < 0,05$) превышала данный показатель контрольной группы.

Нарушение толерантности к глюкозе диагностировано у 112 (35,4%) из 316 обследованных женщин с СПКЯ и бесплодием, у 79 больных в 1-ой группе и 63 - во 2-ой. Полученные результаты перорального глюкозо- толерантного теста (ПГТТ) представлены на рисунке 6.

Данные ПГТТ показали, что у всех обследованных больных уровень гликемии натощак был выше нормы, составляя $6,9 \pm 1,2$ ммоль/л, а уровень гликозирированного гемоглобина (Hb A1) – 6,7%. Через 2 часа после нагрузки уровень гликемии составил $11,1 \pm 0,9$ ммоль/л, а гликозирированного гемоглобина (Hb A1) - 10,8%.

Анализ результатов углеводного и липидного обмена у обследованных больных СПКЯ представлен в таблице.

Как видно из представленной таблицы, у больных СПКЯ с метаболическим синдромом установлена дислипидемия (гипертриглицеридемия, низкая

концентрация холестерина ЛПВП) в сочетании с нарушением толерантности к глюкозе.

Выявленные показатели ИМТ > 30 кг/м², ОТ > 80 см; ОТ/ОБ $> 0,85$, наличие нигроидного акантоза у пациенток с метаболическим синдромом коррелировали с высокой степенью взаимосвязи (0,72–0,85) с частотой нарушения толерантности к глюкозе, что подтверждает их прогностическую значимость.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, выявленные нарушения менструального цикла, гиперандрогения, эхографические изменения, лапароскопические признаки яичников, метаболические расстройства с нарушением углеводного и липидного обмена у больных с СПКЯ и бесплодием подтверждают не только гетерогенность и сложность диагностики патологии, но и указывают на то, что обследованные больные с СПКЯ характеризуются длительной и тяжелой формой поражения репродуктивной системы. Выявлены особенности клинической картины СПКЯ у женщин с бесплодием в зависимости от климато-географического региона. Установленные особенности требуют новых подходов в диагностике данного контингента больных для повышения эффективности дифференцированной терапии.

ТАБЛИЦА. ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

	Контрольная группа	1 группа	2 группа
Уровень глюкозы (ммоль/л)	4.19 ± 0.89	6.81 ± 1.03	6.61 ± 0.93
Общий холестерин (ОХС)	4.31 ± 0.26	6.67 ± 0.31	6.63 ± 0.56
Триглицериды	2.01 ± 0.27	2.56 ± 0.17	2.49 ± 0.45
Холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП)	1.28 ± 0.46	1.21 ± 0.02	1.22 ± 0.05
Холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП)	4.00 ± 0.11	4.56 ± 0.22	4.42 ± 0.21



ЛИТЕРАТУРА

1. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников / Т.А.Назаренко. – М.: Медицина. -2005. -207с.
2. Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии / В.И.Кулаков. Руководство для врачей - М.: Медицина. -2000. -383с.
3. Сухих Г.Т. Бесплодный брак / Г.Т.Сухих, Т.А.Назаренко. – М.: Медицина, -2010, -774с.
4. Rotterdam ESHR/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. Fertility and Sterility.-2004. 81(1), 19-25
5. Azziz R. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome / R.Azziz, E.Carmina, D.Dewailly. Fertility and Sterility 91(2), -2009. 456-488
6. Azziz R. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population / R.Azziz, K.S.Woods, R.Reyna // Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 89(6), -2004, 2745-2749
7. Mather, K.J. Hyperinsulinemia in polycystic ovary syndrome correlates with increased cardiovascular risk independent of obesity. Fertility and Sterility.-2000. 73(1), 150-156
8. Ryan C. Insulin-Sensitizing Drugs for the Treatment of Infertility in Polycystic Ovary Syndrome / C. Ryan. -Contemporary Endocrinology. - 2007. - P. 133-145
9. Ходжамуродова Д.А. Диагностика и лечение больных с синдромом поликистозных яичников в условиях клинического центра гинекологической эндокринологии / Д.А. Ходжамуродова. -Материалы IV съезда акушеров-гинекологов Таджикистана. -Душанбе. -2003. - С. 216-218

Summary

Modern aspects of diagnostic of polycystic ovarian syndrome with infertility

T.A. Nazarenko, D.A. Khodjamurodova, Sh.S. Anvarova

Detailed study of different aspects of infertility on 316 women suffering from polycystic ovarian syndrome (PCO-syndrome) depending on regional distribution showed that PCO-syndrome is being developed on women from rural area in early reproductive age 19-24 years in 55% cases while among urban citizens in 40% cases. On 35,4% of women with PCO-syndrome associated with metabolic syndrome dislipidemia was established (hyperglyciridemia, low concentration of cholesterol of high density) as well as disturbance of glucose tolerance. Received data confirm heterogeneity and complexity of the problem which goes on long time with severe impairment of the reproductive system. These features request the development of new approaches in the diagnostic of the patient with PCO-syndrome to improve the efficacy of differentiated therapy.

Key words: women infertility, polycystic ovarian syndrome, metabolic syndrome, menstrual function, operative laparoscopy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.А. Ходжамуродова – заведующая отделением гинекологической эндокринологии НИИ АГиП МЗ РТ; Таджикистан, г.Душанбе, ул. М. Турсун-заде, 31
E-mail: innjamilya@hotmail.com



Ведение беременных с эндемическим зобом

М.Ф. Додхоева, М.А. Ятимова

Кафедра акушерства и гинекологии №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведены особенности тиреоидного статуса, течения беременности, родов и послеродового периода, а также оценка состояния новорождённых у 141 женщины страдающей эндемическим зобом (ЭЗ) в Республике Таджикистан.

При исследовании тиреоидного статуса выявлено, что наиболее выраженное увеличение тиреоидного объёма наблюдается у беременных со сформированным ЭЗ не получавших пренатальную профилактику и лечение данной патологии. Установлено повышение уровня ТТГ в сыворотке крови у беременных с ЭЗ, особенно выраженного к концу беременности. Обнаружено достоверное снижение уровня св.Т4 у беременных с ЭЗ не принимавших лечение с $14,47 \pm 0,28$ до $12,06 \pm 0,19$ нмоль/л ($p < 0,001$). Выраженные степени зоба (II-III ст.) у беременных в условиях йодного дефицита характеризовались проявлением субклинического гипотиреоза.

При исследовании течения беременности и её исходов в обследованных группах выявлена высокая частота осложнений беременности и родов в группе беременных женщин, не получавших йодную профилактику и лечение эндемического зоба.

Ключевые слова: беременность, дефицит йода, тиреоидный статус, эндемический зоб

АКТУАЛЬНОСТЬ. Эндемический зоб (ЭЗ) и его профилактика во время беременности является наиболее актуальной проблемой в Республике Таджикистан, в связи с его высокой распространённостью. Природный йодный дефицит, характерный для условий Таджикистана, и наблюдающиеся дефекты в планомерной йодной профилактике сохраняют напряжённость зобной эндемии в отдельных регионах, особенно заметную в группах высокого риска, каковыми являются беременные и их новорождённые [1-5].

Дефицит йода отражается неблагоприятно не только на здоровье женщины и её репродуктивной функции, но также на развитии плода и новорождённого [6-9].

Достаточное поступление йода и нормальное функционирование щитовидной железы (ЩЖ) является необходимым условием физиологического развития беременности и плода. Материнские тиреоидные гормоны обеспечивают полноценную анатомо-морфологическую закладку основных компонентов ЦНС на стадии эмбриональной жизни, созревании нервных окончаний на фетальном этапе и др. [10-12].

Вышеизложенное определяет медико-социальную значимость изучаемой проблемы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценка влияния йодной профилактики и лечения эндемического зоба на течение беременности и перинатальных исходов у женщин в регионе природного йодного дефицита, а также разработка комплекса мероприятий по ведению указанного контингента.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Исследования проведены в период с 2006 по 2009 гг, в Городском родильном доме №3. Оценка эффективности индивидуальной йодной профилактики была проведена в процессе наблюдения за 23 беременными без зоба (1 группа). Способ профилактики заключался в применении Йодида-200 (фирма «Мерк», Германия), по 1 таблетке в день, утром после еды, по 3 месяца с перерывами, на фоне применения йодированной соли. Результаты сравнивались с показателями, полученными при наблюдении за 14 беременными женщинами, получавшими только массовую профилактику йодированной солью (2 группа). Оценка эффективности лечения препаратами йода проводилась у 55 беременных с ЭЗ (3 группа). Всем беременным с ЭЗ I степени с первого триместра беременности назначался препарат «Йодид-200», дозировка которого составляла 200 мкг в сутки на фоне ежедневного приёма качественной йодированной соли в количестве 5-6 г в сутки, приготовленной соответственно новым стандартам из расчёта 45 ± 15 г/т, в течение всего периода



беременности и лактации. Беременным с ЭЗ II – III степеней и диффузно-нодозными формами зоба назначалась комбинированная терапия Йодидом-200 и L-тироксина в дозе – 50 мкг. Беременные женщины, получавшие до беременности L-тироксин 100 – 150 мкг, также переводились на комбинированную терапию йодидами и L-тироксина.

Полученные в 3-й группе больных данные сопоставлялись с показателями, характеризующими общее состояние, тиреоидный статус, исходы беременности и родов 49 беременных женщин с ЭЗ, не получавших лечение йодистыми препаратами (4 группа).

Группы пациенток были сопоставимы по возрасту, социальному положению, данным соматического и акушерско-гинекологического анамнеза.

Состояние тиреоидной системы оценивалось в каждом триместре беременности на основании данных осмотра, пальпации и УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), при котором зоб диагностируется, если объём железы у женщин превышает 18 мл, определения уровней тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (св.Т4), экскрецией йода с мочой.

Наиболее доступным и простым методом выявления йодной обеспеченности в организме является определение содержания йода в моче колориметрическим методом. По данным ВОЗ, при достаточной йодной обеспеченности у беременных, её медиана составляет 200 – 400 мкг/л [6, 7].

Разработан комплекс мероприятий по ведению беременных женщин в условиях природного йодного дефицита, который включает следующее:

1. Всем беременным женщинам с ЭЗ I степени с первого триместра беременности назначался препарат «Йодид-200», дозировка которого составляла 200 мкг в сутки на фоне ежедневного приёма качественной йодированной соли в количестве 5-6 г в сутки, в течение всего периода беременности и лактации. Беременным с ЭЗ II – III степеней назначалась комбинированная терапия Йодидом-200 и L-тироксина в дозе – 50 мкг. Беременные женщины, получавшие до беременности L-тироксин 100-150 мкг, также переводились на комбинированную терапию йодидами и L-тироксина в дозе – 50 мкг в сутки.

2. Диагноз «Эндемический зоб» устанавливается после клинико-лабораторных исследований; недостаточность йода в организме определяется экскрецией йода с мочой колориметрическим методом.

На основе анализа течения и исходов родов обследованных женщин, разработан алгоритм ведения беременных женщин с ЭЗ в Республике Таджикистан (схема) [13].

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с применением программы статистического анализа Microsoft Excel 2007. Рассчитывались следующие параметры: М – средняя арифметическая, m – ошибка средне-арифметической, Me – медиана. Достоверность различий между группами устанавливалась по t-критерию Стьюдента. Взаимосвязь признаков определялась с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчётом коэффициента линейной корреляции (r). Корреляционная связь считалась слабовыраженной при $r < 0.3$, умеренно выраженной – при $0.3 < r < 0.5$, значительной – при $0.5 < r < 0.7$, сильно выраженной – при $0.7 < r < 0.9$, очень сильно выраженной – при $r > 0.9$.

При проведении анализа различия считались достоверными – при $p < 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В ходе проведённых исследований выявлено, что в группе беременных женщин, получавших индивидуальную профилактику (1 группа) препаратами йода («Йодидом-200»), объём ЩЖ в течение беременности варьировал от 7,93 мл до 12,74 мл, соответственно в I триместре средний показатель составил $9,05 \pm 0,14$ мл, во II – $9,84 \pm 0,14$ мл и в III – $11,68 \pm 0,11$ мл, в отличие от группы беременных женщин, получавших только йодированную соль, как способ массовой профилактики (2 группа), где объём ЩЖ составил в I триместре – $10,17 \pm 0,23$ мл, во II триместре – $13,10 \pm 0,30$ мл, в III триместре – $14,79 \pm 0,16$ мл. Достоверность этих различий была высокой и составила $p < 0,001$.

Следовательно, тиреоидный объём у беременных в условиях адекватного йодного обеспечения путём индивидуальной йодной профилактики соответствует незначительному физиологическому приросту, в отличие от женщин, получавших только йодированную соль в качестве массовой профилактики.

Более выраженные величины объёма ЩЖ отмечены в группе беременных со сформированным ЭЗ, не получавших пренатальную профилактику и лечение данной патологии во взаимосвязи со сроком гестации (табл.1).



СХЕМА – АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ЭЗ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

ТАБЛИЦА 1. УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ДИНАМИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ С УЧЁТОМ СТЕПЕНИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Триместры	Группы	Объём щитовидной железы (мл)					
		Диффузное увеличение ЩЖ I степени		Диффузное увеличение ЩЖ II степени		Диффузное увеличение ЩЖ III степени	
		n	M±m	n	M±m	n	M±m
I триместр	третья	18	17,89±0,24	13	25,42±1,45	24	59,03±0,78
	четвёртая	10	17,96±0,24	19	26,89±0,87	20	60,06±0,92
II триместр	третья	18	18,60±0,17*	13	25,78±1,40**	24	59,77±0,93***
	четвёртая	10	19,42±0,33	18	31,35±1,53	19	68,63±1,26
III триместр	третья	18	19,52±0,32***	13	26,92±1,83**	24	58,20±1,00***
	четвёртая	10	22,66±0,54	18	34,82±2,12	19	75,26±0,72

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ – различие статистически значимо по отношению к показателям четвёртой группы

Полученные результаты по оценке объёма ЩЖ у обследованных женщин в течение беременности свидетельствуют об увеличении объёма ЩЖ с нарастанием срока гестации.

Содержание ТТГ в первой группе беременных в I триместре беременности составляло в среднем – $1,41 \pm 0,07$ мМЕ/л, во II триместре – $1,48 \pm 0,06$ мМЕ/л, в III триместре – $1,54 \pm 0,06$ мМЕ/л – разница не достоверна ($p=0,2$), то есть уровень ТТГ на протяжении беременности не возрастает по сравнению с показателями ТТГ во второй группе, которые получали только йодированную соль и где отмечено достоверное увеличение содержания ТТГ с нарастанием срока беременности ($p<0,05$), однако повышение ТТГ было в пределах диапазона нормальных величин. Уровень ТТГ у беременных второй группы в I триместре составил – $1,31 \pm 0,11$ мМЕ/л, во II триместре – $1,66 \pm 0,11$ мМЕ/л, в III триместре – $1,84 \pm 0,13$ мМЕ/л (табл. 2).

Полученные данные свидетельствуют о повышении уровня ТТГ в сыворотке крови у беременных в условиях йодного дефицита, особенно выраженного к концу беременности, который способствует избыточной стимуляции ЩЖ с последующим формированием зоба у беременных. Выявлена прямая корреляция между содержанием ТТГ в крови и степенью ЭЗ ($r=0,89$).

ТАБЛИЦА 2. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОДЕРЖАНИЯ ТТГ В КРОВИ БЕРЕМЕННЫХ С УЧЁТОМ СПОСОБА ЙОДНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ (в мМЕ/л)

Триместры	Первая группа n=23	Вторая группа n=14
I триместр	$1,41 \pm 0,07$	$1,31 \pm 0,11$
II триместр	$1,48 \pm 0,06$	$1,66 \pm 0,11^*$
III триместр	$1,54 \pm 0,06$	$1,84 \pm 0,13^{**}$

Примечание: * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$ – различие статистически значимо по отношению к показателям первой группы

Следовательно, использование индивидуальной йодной профилактики, в отличие от применения только йодированной соли, по результатам наших исследований, способствует предотвращению указанной гиперстимуляции ЩЖ и формированию зоба у беременных.

Уровень св.Т4 в течение беременности достоверно снижался. У беременных женщин третьей группы уровень св.Т4 составил в I триместре $16,82 \pm 0,20$ нмоль/л, во II триместре – $14,83 \pm 0,24$ нмоль/л, в III триместре – $13,22 \pm 0,24$ нмоль/л. Уровень св.Т4 у беременных женщин четвёртой группы составил в I триместре $14,47 \pm 0,28$ нмоль/л, во II триместре – $12,65 \pm 0,20$ нмоль/л, в III триместре – $12,06 \pm 0,19$ нмоль/л (см. рис.).

Выраженные степени зоба (II-III ст.) у беременных в условиях йодного дефицита характеризовались проявлением субклинического гипотиреоза ($11,41 \pm 0,12$ нмоль/л). Полученные данные в отношении динамики уровня св.Т4 показали достоверное снижение его у беременных ЭЗ с $14,47 \pm 0,28$ до $12,06 \pm 0,19$ нмоль/л ($p<0,001$) и были достоверно более сниженными по сравнению с группой беременных с ЭЗ, получающих адекватную терапию препаратами йода ($p<0,001$). Выявлена прямая корреляция между уровнем св.Т4 и массой новорождённого ($r=0,97$), длиной новорождённого ($r=0,68$). Результаты настоящих исследований показали, что для беременных женщин в условиях йодного дефицита профилактика только йодированной солью является недостаточной мерой.

С целью выяснения степени йодной недостаточности у беременных с ЭЗ проведены исследования экскреции йода с мочой у обследуемого нами контингента. Все исследования проводились в одно и то же время суток – в пределах 10-13 часов, от 1 до 5 исследований.

РИС. УРОВЕНЬ СВОБОДНОГО ТИРОКСИНА КРОВИ В ДИНАМИКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПАЦИЕНТОК 3 И 4 ГРУППЫ





ТАБЛИЦА 3. ПОКАЗАТЕЛИ ЭКСКРЕЦИИ ЙОДА МОЧИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ТРИМЕСТРАМ БЕРЕМЕННОСТИ (мкг/л)

Группы	I триместр		II триместр		III триместр	
	n	M±m	n	M±m	n	M±m
1	19	245,57±8,21	21	229,83±3,84	21	212,48±2,14***
2	10	228,94±4,65	13	207,88±3,65**	14	193,76±4,26***
3	35	84,69±4,21	54	102,27±2,93***	55	132,42±4,73***
4	31	80,15±3,64	46	69,77±2,98*	47	54,37±2,81***

Примечание: * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$ – различие статистически значимо по отношению к показателям первого триместра

Показатели йодурии у беременных с ЭЗ колебались от 19,4 до 322,9 мкг/л в течение всей беременности, медиана составила 97,8 мкг/л. Йодурия соответствовала гестационной норме только в 23 (16,3%) наблюдениях. У остальных женщин был выявлен разной степени выраженности йодный дефицит.

Был проведён сравнительный анализ уровней йодурии в группе женщин, получавших индивидуальную йодную профилактику на фоне массовой (1 группа), с группой беременных, принимавших только йодированную соль (2 группа) (табл.3).

Так, уровень йодурии был достоверно выше ($p < 0,001$) в первой группе по сравнению со второй группой. Результаты исследований показали, что для беременных женщин, особенно в регионах с дефицитом йода, профилактика только йодированной солью является недостаточной мерой.

Проведён сравнительный анализ уровней йодурии в группе женщин, получавших лечение препаратами йода (3 группа) с группой беременных, не принимавших лечение (4 группа). Уровень йодурии был достоверно выше в 3 группе по сравнению с 4 группой в основном во II ($p < 0,01$) и III триместрах беременности ($p < 0,001$).

При исследовании течения беременности и её исходов в обследованных группах выявлена высокая частота осложнений беременности и родов в группе беременных женщин, не получавших йодную профилактику и лечение эндемического зоба (4 группа) – угроза прерывания беременности - 83,7% (в 3 группе - 50,8), самопроизвольный выкидыш и преждевременные роды – 12,3% (в 3 группе 0), аномалии родовой деятельности – 10,2% (в 3 группе 0).

Результаты проведённых исследований показали отставание внутриутробного развития плода у каждой 10-й беременных с ЭЗ и нарушения кровотока в системе мать-плацента-плод - у каждой 4-й женщи-

ны. Перинатальные исходы в сравниваемых группах приведены в таблице 4.

У женщин, получавших лечение, новорождённые в основном рождались без асфиксии. Число новорождённых, родившихся с внутриутробной задержкой развития, оказалось в 2 раза больше в группе женщин, не получавших йодную профилактику и лечение, а поражение ЦНС – в 5 раз и более. Выявлена прямая корреляция между уровнем св.Т4 в крови беременной и массой новорождённых ($r=0,97$), а также длиной новорождённых ($r=0,68$).

Следовательно, число осложнённого течения беременности и неблагоприятных исходов родов было больше в группе беременных, не получавших йодистую терапию по поводу ЭЗ.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, беременные женщины в регионах с йодным дефицитом нуждаются в проведении прегравидарной, гестационной и лактационной индивидуальной йодной профилактики, а при необходимости в дифференцированной монотерапии йодистыми препаратами или комбинированном его применении с L-тироксидом при наличии ЭЗ для оздоровления как матери, так и её ребёнка.

Для улучшения акушерских и перинатальных исходов в регионе с природным йодным дефицитом необходимо проводить обязательную йодную профилактику и дифференцированное лечение как в прегравидарном периоде, так и в течение всей беременности и лактации. Индивидуальная йодная профилактика должна быть обязательным компонентом на фоне популяционной йодной профилактики у беременных женщин в условиях йодного дефицита. Во время беременности наибольшая эффективность при лечении ЭЗ получена при лечении йодистыми препаратами в виде монотерапии, а при наличии диффузного увеличения ЩЖ – комбинированной терапии йодидами и L-тироксидом.

ТАБЛИЦА 4. ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ В СРАВНИВАЕМЫХ ГРУППАХ

Показатели	Третья группа (n=55)		Четвёртая группа (n=49)	
	n	%	n	%
Оценка состояния новорождённого по шкале Апгара на 1-й и 5-й минуте после рождения: 8-10 баллов	48	87,27±4,49	25	51,02±7,14*
6-7 баллов	7	12,73±4,49	20	40,82±7,02*
5 баллов	0	0	1	2,04±2,02
Масса новорождённого при рождении 4000 г и более	5	9,09±3,88	4	8,16±3,91
3999-3500 г	14	25,45±5,87	9	18,37±5,53
3499-3000 г	25	45,45±6,71	14	28,57±6,45
2999-2500 г	11	20±5,39	13	26,53±6,31
2499-2000 г	0	0	7	14,29±5,00
Поражение ЦНС	3	5,45±3,06	13	26,53±6,31*
ЗВУР 1 ст.	3	5,45±3,06	4	8,16±3,91
ЗВУР 2 ст.	0	0	5	10,20±4,32

Примечание: * - $p < 0,05$ – различия в группах статистически значимы

ЛИТЕРАТУРА

1. Анварова Ш.С. О проблеме эндемического зоба у женщин детородного возраста в Таджикистане / Ш.С.Анварова // Сборник статей IV научно-практической конференции ТИППМК «Проблемы патологии и постдипломного образования». – Душанбе, -1998. – С. 249-256
2. Анварова Ш.С. Состояние зобной эндемии в различных климатогеографических регионах Таджикистана и методы её профилактики / Ш.С.Анварова // Материалы международного семинара информационного центра неправительственной экологической организации в Евразии при поддержке фонда Нипол. - Худжанд, -1999. - С. 39-40
3. Влияние индивидуальной йодной профилактики на тиреоидный статус беременных женщин / Н.М.Подзолкова [и др.] // Материалы 36-го ежегодного международного общества по изучению патофизиологии беременности организации гестоза. – М., -2004. – С. 176-177
4. Влияние пренатальной йодной профилактики на адаптации тиреоидной системы новорождённых / Л.Е.Мурашко [и др.] // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 151-152
5. Acute changes in maternal thyroid hormone induce rapid and transient changes in specific gene expression in fetal rat brain / A.L.S.Dowling [et al.] // J.Neurosci. – 2000. – V. 20. – P. 2255-2265
6. Влияние пренатальной йодной профилактики на акушерские и перинатальные исходы / В.Н.Петрова [и др.] // Материалы 9-го Всероссийского научного форума «Мать и дитя». – М., -2007. – С. 192
7. Тронько Н.Д. Всё, что вы хотели бы знать о йододефицитных заболеваниях и йодированной соли / Н.Д.Тронько, Г.А.Герасимов, В.И.Кравченко // Информация в вопросах и ответах для практических врачей. – Киев, -2004. – 31 с.
8. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М.М.Шехтман. - 4-е изд., – М.: Триада-Х, 2007. – С. 694-718
9. Щеплягина Л.А. Тиреоидная патология: беременность и состояние здоровья / Л.А.Щеплягина, О.С.Нестеренко, Н.А.Курмачева // Российский педиатрический журнал. – 2001. – № 2. – С. 38-40
10. Assessment of thyroid function during pregnancy: first-trimester (weeks 9-13) reference intervals derived from Western Australian women / Rhonda M.G. [et al.] // M.J.A. - 2008. - V. 189. - №5. - P. 250-253
11. Evaluation of maternal thyroid function during pregnancy: the importance of using gestational age-specific reference intervals / R.T.Stricker [et al.] // Eur. J. Endocrinol. – 2007. – V. 157. – P. 509-514
12. Morreale de Escobar G. Role of thyroid hormone during early brain development // Morreale de Escobar G., Obregón M, Escobar del Rey F. // Eur. J. Endocrinol. – 2004. – V. 151. – P. Suppl 3: U25-U37
13. Ятимова М.А. Рационализаторское предложение «Алгоритм ведения беременных женщин с ЭЗ в Республике Таджикистан», №3208/P-425 / М.А.Ятимова, М.Ф.Доджоева, Ш.С.Анварова. – Душанбе. 06.06.2009



Summary

Conducting pregnant women with endemic crow

M.F.Dodkhoeva, M.A.Yatimova

Article contains indicators of thyroid status, current pregnancy, labor, puerperal period and newborns condition of pregnant women with endemic crow in Republic of Tajikistan.

Researches of thyroid status is revealed, that the most increase of thyroid volume is observed at pregnant women who were not receiving prophylaxis and treatment of endemic crow. The level of TSH in whey of blood at pregnant women with endemic crow, especially expressed by the end of pregnancy, is increased. In the blood of pregnant women with endemic crow, who accepting treatment, level of free T4 is decreased with $14,47 \pm 0,28$ to $12,06 \pm 0,19$ nmol/l ($p < 0,001$). The expressed degrees of a crow (II-III degree) at pregnant women were characterized by manifestation of a subclinical hypothyroidism.

At research of a current of pregnancy and its outcomes in the examined groups, high frequency of complications of pregnancy and birth in group of the pregnant women, who were not receiving iodine preventions and treatment endemic crow, is revealed.

Key words: pregnancy, Iodine deficiency, thyroid status

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.А. Ятимова – ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр.Рудаки-139
E-mail: marhabo1982@mail.ru



Профилактика и лечение рубцов кожи с учётом иммунных показателей

К.М. Мухамадиева, О.Б. Немчанинова*

Республиканский научно-учебный центр восстановительной хирургии МЗ РТ;

*кафедра дерматологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета

С целью коррекции иммунологических нарушений 57 пациентов за месяц до хирургической коррекции получили иммуномодулирующую терапию с применением препарата “Иммунофан”. У больных с рубцами кожи выявлены нарушения иммунной системы, независимо от вида рубца и причины его возникновения. Наибольшие изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета отмечаются у больных с келоидными рубцами. Проведение иммуномодулирующей терапии перед хирургической коррекцией рубцов приводит к улучшению эффективности оперативного лечения и способствует достижению отличных результатов (эстетически приемлемый рубец) в 41 (72%) случае против 5 (8,7%) неудовлетворительных случаев (развитие келоидного рубца).

Ключевые слова: рубцы кожи, иммуномодулирующая терапия, келоидные рубцы, препарат “Иммунофан”

АКТУАЛЬНОСТЬ. Роль нарушений иммунной системы в развитии патологических рубцов заключается в повышенной чувствительности фибробластов и васкулярных эндотелиальных клеток к любому агенту, воздействующему на белок этих клеток и способному заставить их пролиферировать [1-3]. В этой связи применяются различные методы лечения рубцов кожи, воздействующие на процесс пролиферации ткани. Исследования по изучению эффективности применения пирогенала, как метода тканевой терапии показали, что пирогенал оказывает тормозящее влияние на процесс рубцевания, вызывая замедленное развитие соединительно-тканного рубца [4,5]. Среди наиболее известных методик, используемых для лечения гипертрофических и келоидных рубцов, являются местное применение лидазы в виде инъекций, а также электрофорез или фонофорез, инъекции пирогенала, микробная протеиназа – террилитин, коллалазин и ферменкол в виде электрофореза [6].

Известно, что формирование рубцов кожи зависит от заживления послеоперационной раны и влияния общих и местных факторов [7], а снижение иммунологической реактивности организма определяет особенности формирования, течения и прогноза оперативного вмешательства [8].

ЦЕЛЬЮ проведённого исследования явилась оценка эффективности иммуннокорректирующей терапии в профилактике и лечении рубцов кожи.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находились 117 пациентов, обратившихся с целью хирургической коррекции рубцов кожи в Республиканский научно-учебный центр восстановительной хирургии МЗ РТ с 2005 по 2011 гг. Возраст больных составлял 19-30 лет, соотношение мужчин и женщин 1:2. Причиной образования рубцов в 48 случаях были ожоги, в 22 – оперативные вмешательства, в 32 – травмы, в 15 случаях рубцовые изменения появились без видимой причины (спонтанные рубцы). Длительность существования рубцов составляла от одного до 10 лет. Для исключения влияния сопутствующей патологии на иммунный статус больных, в группы исследования были отобраны пациенты без сопутствующих соматических заболеваний.

Всем больным (n=117) в предоперационном периоде проводилась оценка иммунного статуса, которая включала определение количественных и функциональных показателей клеточного и гуморального звена иммунитета. Достоверность полученных результатов оценивалась путём определения критерия Стьюдента. С целью коррекции иммунологических нарушений 57 пациентов (основная группа) за месяц до хирургической коррекции получили иммуномодулирующую терапию с применением препарата “Иммунофан” производства «Бионокс» (Россия) в виде 0,005%-ного раствора для инъекций. Иммунофан является иммуномодулирующим препаратом (Код АТХ - L03), представляет собой синтетический регуляторный гексапептид структурной формулы



аргинил-аспартил-лизил-валил-тирозил-аргинин, являющийся иммуноактивным производным фрагментом молекулы тимопоэтина. Применение препарата "Иммунофан" связано с его иммунорегулирующим, детоксикационным, гепатопротективным действием и способностью вызывать инактивацию свободнорадикальных и перекисных соединений. Выбор данного препарата обосновывается тем, что он воздействует на восстановление как врождённых, так и приобретённых нарушений клеточного и гуморального иммунитета. Препарат назначали пациентам основной группы за месяц до оперативного вмешательства по 1,0 мл в/м через день, на курс лечения – 10 инъекций. У всех пациентов отмечалась хорошая переносимость препарата, ни в одном случае не отмечено побочных эффектов от его приёма. После проведённого курса пациентам основной группы вновь определялись иммунологические показатели крови.

В контрольную группу были включены остальные 60 пациентов, которым была проведена хирургическая коррекция рубцов без предварительной иммуномодулирующей терапии.

Оценку клинической эффективности иммунокорригирующей терапии у пациентов обеих групп проводили в сроки от 6-ти до 12-ти месяцев после оперативного лечения по следующим критериям: отличный результат – нормотрофический эстетически приемлемый рубец; хороший – нормотрофический рубец с явлениями гиперпигментации; удовлетворительный – развитие гипертрофического или атрофического рубца; неудовлетворительный – развитие келоидного рубца.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В результате проведённых исследований оказалось, что у пациентов обеих групп (117 пациентов) иммунные нарушения наблюдались уже до оперативного вмешательства (табл. 1).

Как видно из таблицы, отмечалось угнетение активности лимфоцитов – основных иммунокомпетентных клеток, выразившееся в уменьшении общего количества CD3 (Т-общие лимфоциты), их CD8 (Т-супрессоры субпопуляции), тенденцией к снижению содержания CD4 (Т-хелперы) субпопуляции, общего и относительного количества лимфоцитов периферической крови, повышению иммунорегуляторного индекса. Так, по сравнению с нормальными показателями CD3 ($66,9 \pm 2,4$) у больных с келоидными рубцами этот показатель составил $58,2 \pm 3,0$, с гипертрофическими – $64,9 \pm 2,4$, с атрофическими – $57,0 \pm 2,1$. Дисбаланс клеточного звена иммунитета выражался в тенденции к повышению показателей Т-лимфоцитов, очевидно, за счёт роста цитотоксических клеток и, как следствие, снижение иммунорегуляторного индекса. В то же время отмечалось повышение относительного содержания популяции естественных киллеров, поликлональной активацией В-клеток и продукцией антител Ig M и IgG. M.

У пациентов основной группы (57), которым в дооперационном периоде была проведена иммунокорригирующая терапия, к концу курса лечения улучшились показатели клеточного и гуморального отделов иммунитета (CD3, CD8-лимфоциты, иммунорегуляторный индекс).

ТАБЛИЦА 1. ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С РУБЦАМИ КОЖИ ДО ЛЕЧЕНИЯ

Показатели	Норма	До лечения (n=117)			P
		Келоид. (n=36)	Гипертроф. (n=54)	Атрофич. (n=27)	
CD3 (%)	$66,9 \pm 2,4$	$58,2 \pm 3,0$	$64,9 \pm 2,4$	$57,0 \pm 2,1$	> 0,01
CD4 (%)	$38,9 \pm 1,5$	$32,3 \pm 1,8$	$37,8 \pm 1,8$	$35,8 \pm 1,8$	> 0,01
CD8 (%)	$28,0 \pm 2,0$	$15,4 \pm 1,4$	$27,1 \pm 2,2$	$26,5 \pm 1,2$	< 0,05
ИРИ	$1,4 \pm 0,1$	$2,1 \pm 1,2$	$1,3 \pm 0,8$	$1,3 \pm 1,5$	> 0,01
CD20 (%)	$7,3 \pm 1,5$	$2,9 \pm 0,5$	$7,0 \pm 1,2$	$7,3 \pm 1,2$	< 0,05
CD16 (%)	$14,0 \pm 2,0$	$7,7 \pm 0,9$	$13,9 \pm 1,8$	$14,0 \pm 1,8$	< 0,05
IgG (мг/мл)	$12,61 \pm 10,4$	$15,6 \pm 1,8$	$11,57 \pm 10,0$	$12,37 \pm 10,1$	> 0,01
Ig A (мг/мл)	$1,9 \pm 0,2$	$2,1 \pm 0,6$	$1,9 \pm 0,9$	$1,8 \pm 0,2$	> 0,01
Ig M (мг/мл)	$1,26 \pm 0,2$	$1,4 \pm 1,0$	$1,23 \pm 0,2$	$1,21 \pm 0,2$	< 0,05

ТАБЛИЦА 2. ДИНАМИКА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РУБЦАМИ КОЖИ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Показатели	Норма	До лечения (n=57)			P	После лечения (n=57)			P
		Келоид. (n=21)	Гипертр. (n=24)	Атроф. (n=12)		Келоид. (n=21)	Гипертр. (n=24)	Атроф. (n=12)	
CD3 (%)	66,9±2,4	58,2±3,0	64,9±2,4	57,0±2,1	> 0,01	63,2±2,0	66,9±2,4	61,4±2,3	> 0,01
CD4 (%)	38,9±1,5	32,3±1,8	37,8±1,8	35,8±1,8	> 0,01	36,3±1,3	38,0±1,8	37,8±1,7	> 0,01
CD8 (%)	28,0±2,0	15,4±1,4	27,1±2,2	26,5±1,2	< 0,05	21,0±2,0	27,9±1,2	27,8±1,0	< 0,05
ИРИ	1,4±0,1	2,1±1,2	1,3±0,8	1,3±1,5	> 0,01	1,7±0,6	1,3±1,5	1,3±1,7	> 0,01
CD20 (%)	7,3±1,5	2,9±0,5	7,0±1,2	7,3±1,2	< 0,05	3,5±0,5	7,3±1,2	7,3±1,5	< 0,05
CD16 (%)	14,0±2,0	7,7±0,9	13,9±1,8	14,0±1,8	< 0,05	9,7±0,9	13,9±2,1	14,0±1,8	< 0,05
IgG (мг/мл)	12,61±10,4	15,6±1,8	11,57±10,0	12,37±10,1	> 0,01	13,8±3,8	12,5±10,0	12,37±10,1	> 0,01
Ig A (мг/мл)	1,9±0,2	2,1±0,6	1,9±0,9	1,8±0,2	> 0,01	2,0±1,6	1,9±0,2	1,8±0,2	> 0,01
IgM (мг/мл)	1,26±0,2	1,4±1,0	1,23±0,2	1,21±0,2	< 0,05	1,30±0,9	1,23±0,2	1,21±0,2	< 0,05

Примечание: P – статистическая значимость различий в каждой группе

Так, у пациентов с гипертрофическими рубцами после иммунотерапии показатели приблизились к норме: CD3 - 66,9±2,4 (норма 66,9±2,4), CD8 - 27,9±1,2 (норма 28,0±2,0), ИРИ - 1,3±1,5 (норма 1,4±0,1). Наиболее заметное улучшение показателей иммунитета отмечалось у больных с келоидными рубцами (табл. 2). При этом после лечения показатели CD3 восстановились с 58,2±3,0 до 63,2±2,0; CD8 - с 15,4±1,4 до 21,0±2,0; ИРИ с 2,1±1,2 до 1,7±0,6. Несмотря на то, что отмечалось значительное улучшение показателей гуморального иммунитета (Ig G,M,A), однако у больных

с келоидными рубцами эти показатели восстановились незначительно.

Оценка эффективности предоперационной иммунокорректирующей терапии показала, что наилучшие результаты достигнуты в группе пациентов с гипертрофическими рубцами (24 пациентов), где отличный результат через 12 месяцев составил 21 (87,5%), причём удовлетворительных и неудовлетворительных результатов не отмечалось ни в одном случае (табл.3).

ТАБЛИЦА 3. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЧЕРЕЗ 6 И 12 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Результат	Келоидные рубцы (n=21)		Гипертрофич. рубцы (n=24)		Атрофические рубцы (n=12)		Итого (n=57)	
	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес	6 мес	12 мес
Отл.	13 (62,0%)	11 (52,4%)	16 (66,7%)	21 (87,5)	7 (58,3)	9 (75,0%)	36 (63,2%)	41 (72,0%)
Хор.	5 (23,8%)	5 (23,8%)	8 (33,3%)	3 (12,5%)	5 (41,7%)	3 (25,0%)	18 (31,6%)	11 (19,3%)
Удовл.	2 (9,5%)	0	0	0	0	0	2 (3,5%)	0
Неудов.	1 (4,7%)	5 (23,8%)	0	0	0	0	1 (1,7%)	5 (8,7)



Несмотря на то, что у пациентов с келоидными рубцами (21 пациент) через 6 месяцев после проведённого лечения отличный результат наблюдался в 13 (62,0%) случаях, однако через 12 месяцев данный показатель снизился до 11 (52,4%), что, возможно, связано с необходимостью более длительного применения иммуномодулирующей терапии у данного контингента пациентов. Неудовлетворительный результат наблюдался у 5 (23,7%) пациентов с келоидными рубцами. Из них в одном случае келоид сформировался в течение первых месяцев после хирургической коррекции, а у четырёх – через 8-12 месяцев. Однако следует отметить, что вновь сформировавшиеся после хирургической коррекции келоидные рубцы были значительно меньших размеров (по площади и высоте), чем предыдущие, что также указывает на эффективность проведённой иммуномодулирующей терапии. Что касается атрофических рубцов (12 пациентов), то в результате проведённого лечения удовлетворительных и неудовлетворительных результатов не наблюдалось ни в одном случае, в то время как отличный и хороший результаты наблюдались в 75% и 25%, соответственно.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, у больных с рубцами кожи выявлены нарушения иммунной системы, независимо от вида рубца и причины их возникновения. Наибольшие изменения показателей клеточного и гуморального иммунитета отмечаются у больных с келоидными рубцами. Проведение иммуномодулирующей терапии перед хирургической коррекцией рубцов привело к улучшению эффективности оперативного лечения и способствовало достижению отличных результатов у 41 (72,0%) больного основной группы против 34 (56,6%) из контрольной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alster T.S. Hypertrophic scar and keloids: etiology and management/ T.S. Alster, E.A. Tansil // Am J Clin Dermatol. – 2003.- №2. - С. 235-243
2. Озерская О.С. Патогенетическое обоснование новых методов терапии рубцов: дис. . . д-ра мед. наук/ О.С. Озерская–СПб, 2002. - 299с.
3. Shaffer J. Keloidal scars: a review with a critical look at therapeutic options/ J. Shaffer S.Taylor, F.Cook-Bolden// J.Am.Acad. Dermatol.-2002.-Vol.46.-P.863-897
4. Цепколенко В.А. Роль послеоперационной реабилитации в комплексном лечении пациентов с возрастными изменениями лица и шеи / В.А. Цепколенко, М.А. Мыльников, О.М. Москаленко// Тез. докл. 4-го конгресса «Пластическая хирургия и эстетическая дерматология»- Ярославль, 2003. - С.275
5. Патогенез и гистоморфологические особенности рубцовых изменений кожи /О.В. Жукова [и др.]// Клиническая дерматология и венерология. - 2009.- №3 – С. 4-9
6. Дифференциальная диагностика рубцовых гипертрофий в дерматологической практике / В.В.Гладыко [и др.] // Научные труды ГИУВ МО РФ. - 2006. - Том VI. – С. 53-55
7. Белоусов А.Е. Рубцы и их коррекция / А.Е. Белоусов –С-Пб., 2005.- 126с.
8. Белоусов А.Е. Рубцы как глобальная проблема пластической хирургии / А.Е.Белоусов// Анналы пластической, эстетической и реконструктивной хирургии. – 2004.- №4.- С41-42



Summary

Prevention and treatment of skin scar in view of immune indices

K.M. Mukhamadieva, O.B. Nemchaninova

In order to correct immune disorders 57 patients received immunomodulatory therapy with the drug «Immunofan» a month before the surgical correction. In patients with scarring of the skin violations of the immune system, regardless of the scar's kind and their causes is revealed.

The greatest changes in parameters of cellular and humoral immunity observed in patients with keloid scars. Immune modulating therapy before surgical correction of scars leads to improving the efficiency of surgical treatment and contributes to excellent results (aesthetically acceptable scar) in 41 (72%) of cases compared with 5 (8.7%) unsatisfactory cases (forming of keloid scars).

Key words: scarring of the skin, immunomodulatory therapy, keloid scars, the drug «Immunofan»

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

К.М. Мухамадиева – старший научный сотрудник
Республиканского научно-учебного центра
восстановительной хирургии МЗ РТ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. Санои - 33
E:mail: kibriyo_67@mail.ru



Сравнительная характеристика современных методов прерывания беременности на поздних её сроках

Т.Ш. Саидова

Кафедра акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проведено проспективное наблюдение за 100 женщинами, перенёвшими аборт во 2 триместре (15-21 неделя), а также 50 женщинами, не имевшими в анамнезе выкидыши (группа сравнения). В ходе исследования доказано, что значительно большее число основных осложнений отмечается при инструментальном опорожнении полости матки – в 39% случаев, а при медикаментозном аборте – около 20%. Использование современных методов прерывания беременности (медикаментозный метод) может быть отнесено к «безопасному аборту», так как сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями.

Ключевые слова: поздний выкидыш, дилатация и эвакуация, медикаментозный аборт, индукция, послеабортный метроэндометрит

АКТУАЛЬНОСТЬ. Более одной трети, примерно 205 миллионов беременностей, которые ежегодно имеют место в мире, являются нежелательными и около 20% из них оканчиваются индуцированным абортом [1-3]. Огромное большинство (90%) этих абортов происходит в первом триместре беременности. Во всём мире 10-15% всех индуцированных абортов происходят во втором триместре. В целом, две трети всех серьёзных осложнений абортов можно приписать абортам, выполненным во втором триместре [4,5].

Последние 30 лет постоянно прилагаются усилия к улучшению технологии выполнения аборта в плане его эффективности, безопасности (снижение риска осложнений), упрощения техники выполнения и приемлемости. По поводу оптимального метода выполнения аборта во втором триместре постоянно ведутся дискуссии [6]. Наилучшую методику важно определить, поскольку аборты, выполненные во втором триместре, отвечают за несоразмерно высокую, связанную с ними заболеваемость и смертность. В целом риск смерти повышается в 10 раз, при выполнении аборта дилатацией и эвакуацией (ДиЭ), по сравнению с аспирационным кюретажем в первом триместре, а риск смертельного исхода прогрессивно возрастает с увеличением гестационного возраста [7]. Любая попытка уменьшить смертность и заболеваемость, связанная с этой операцией, может значительно улучшить качество жизни переносящих её женщин.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Сравнительная оценка эффективности и безопасности современных методов прерывания беременности на поздних сроках.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для достижения поставленной цели нами было проведено двухэтапное исследование на базе родильного дома №2 г. Душанбе с 2008 по 2011 год. На 1 этапе нами был проведён ретроспективный анализ 300 случаев прерывания беременности во 2 триместре. На 2 этапе проведено проспективное наблюдение за 100 женщинами, перенёвшими аборт во 2 триместре (15-21 неделя). В качестве группы сравнения обследовано 50 женщин, не имевших в анамнезе выкидыши.

При проспективном наблюдении использовались следующие методы прерывания беременности: дилатация цервикального канала и эвакуация окончатым захватом плода и последа; медикаментозный аборт: 800 мкг мизопростола (простагландин E2) вагинально или 200 мг мефипростона (антагонист прогестерона) + 600 - 800 мкг мизопростола через 36-48 часов. Хирургический аборт был произведён 50 женщинам, при этом у всех выполнялась дилатация цервикального канала с помощью расширителей Гегара до №12 последовательно. Медикаментозный метод проводился 50 пациенткам и не предусматривал расширения канала. Показания к прерыванию беременности были следующие: пороки развития плода – 56 случаев, суб- и декомпенсированная экстрагенитальная патология (сердечно-сосудистые заболевания, патология почек, органов дыхания и т.п.) – 35 случаев, социальные – 9 случаев.

В исследовании использовались общеклинические, биохимические, иммунологические, бактериологические, ультразвуковые методы исследования. Все данные обработаны методом вариационной статистики.

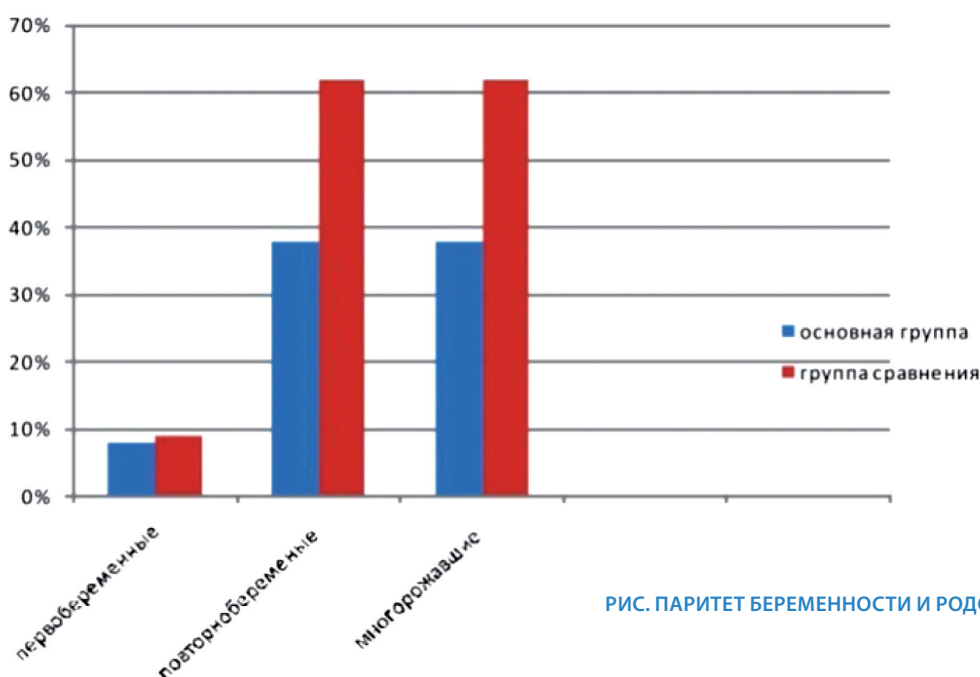


РИС. ПАРИТЕТ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Женщины обеих групп были почти однородными по таким показателям, как возраст, социальное положение, паритет беременности и родов. Преобладали пациентки активного репродуктивного возраста, составляя 73,5% и 78,3%, соответственно. Установлено, что женщин позднего репродуктивного возраста в основной группе было в 1,2 раза больше (22% и 17%).

Социальное положение женщин основной группы и группы сравнения имело незначительные различия: городских жительниц было 82% и 80,0% соответственно, домохозяйек – 88,0% и 81%. Почти каждая вторая женщина изучаемых групп имела среднее образование (47% и 50,0% соответственно) и каждая третья – неполное среднее (34% и 35%). Лишь небольшая категория женщин имела высшее образование (10,5% и 14% соответственно).

Как видно на рисунке первобеременных в группах было по 8% и 9%, соответственно. Повторнобеременных нерожавших женщин в основной группе было 28%. На долю многорожавших женщин пришлось 38% и 62%, соответственно.

Во время процедуры прерывания беременности как хирургическим путём, так и медикаментозным, кровопотеря у большинства женщин не превышала физиологического размера и в среднем составляла 60-80 мл.

Отягощённый гинекологический анамнез имели в 2 раза больше женщин с поздним выкидышем. У 57 из них выявлены гинекологические заболевания, в структуре которых хронический метроэндометрит

составлял 65,5%; патологические процессы шейки матки – 44,8%. Тогда как в контрольной группе гинекологические заболевания в прошлом имели 38 (35,0%) женщин.

Исследования показали, что производство позднего аборта методом ДиЭ в условиях клинического стационара квалифицированным специалистом является относительно безопасным и эффективным методом. При проспективном наблюдении наиболее частым осложнением данной методики является травма шейки матки, это осложнение отмечено у каждой 3-й женщины (6% соответственно). Также отмечено 4 случая (8%) кровотечения после инструментального выскабливания матки.

При проведении медикаментозного аборта были выявлены следующие побочные эффекты: тошнота – 36%, диарея – 16%, выраженный болевой синдром до выкидыша – 8%, болезненные сокращения матки после аборта – 12%. У 48 женщин выкидыш произошёл в течение 12-24 часов после введения мизопростола, у 2 – более чем через 24 часа. В 6 случаях был отмечен неполный аборт, что потребовало проведения вакуум-аспирации 2-клапанным шприцем. В 2 (4%) случаях отмечено кровотечение после аборта, которое потребовало назначения утеротонической терапии. Отмечены ультразвуковые признаки гематометры при проведении хирургического аборта в 11% случаев, при медикаментозном методе в 10% случаев. При гематометре полость матки на фоне консервативной терапии спазмолитиками и утеротониками опорожнялась самостоятельно, без необходимости хирургического вмешательства.



Всем женщинам после аборта профилактически назначался ампициллин по 2 г внутривенно однократно. Однако, несмотря на профилактику, у 20 женщин (20%) после инструментального выскабливания матки развился послеабортный метроэндометрит. При медикаментозном аборте у 5 (5%) пациенток отмечено обострение хронического метроэндометрита.

Основными клиническими проявлениями послеабортного метроэндометрита у пациенток в первые сутки пребывания в стационаре явились: боли в нижних отделах живота продолжительностью от 2 до 5 суток (98%); симптомы общей интоксикации организма (58%); кровянистые и гнойно-слизистые выделения из цервикального канала (98%). На третьи сутки лечения в 70% случаев у пациенток исчезли выделения из влагалища и купировались боли внизу живота.

Клинический анализ крови в первые сутки позволил определить повышение общего содержания лейкоцитов крови в 65% и повышение СОЭ в 70% случаев. По результатам биохимического анализа крови грубых изменений не обнаружено.

При бактериологическом исследовании содержимого из цервикального канала выявлены преобладание условно-патогенных микроорганизмов и ассоциации факультативных аэробов, и облигатные анаэробные микроорганизмы. Ассоциации, содержащие от 2 до 5 возбудителей инфекции, выделяются в 80-90% случаев. В первые сутки обнаруживается в 100% случаев обсеменённость аэробными и анаэробными микроорганизмами в основном *Escherichiacoli*, *Staph. aureus*, *Str. B* и *D*, *Enterococcus*, *Candidaalbicans*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*. Полученные результаты показателей микробного пейзажа у пациенток на 3 сутки достоверно отличались: имела тенденция к снижению частоты обсеменённости полости матки условно-патогенными микроорганизмами (*St.aureus*, *E.coli.*, *Enterococcus*).

При ультразвуковом исследовании у всех пациенток выявлены: патологические изменения в полости матки, субинволюция матки с расширением полости, снижение эхогенности миометрия, в виде лоцирующейся узкой эхопозитивной «полоски» низкой, средней или высокой эхоплотности (компактно расположенные сгустки крови в разных фазах организации), окружённой со всех сторон широкой очерченной эхонегативной зоной.

На 3 сутки произошли изменения параметров матки: уменьшение длины, переднезаднего размера, объёма матки происходит быстрее и на 3 сутки суживается полость матки и приобретает статистическое значение ($p < 0,05$).

Единственным достоверным ультразвуковым признаком послеабортного эндометрита является видимая на эхограммах эхонегативная зона воспалительного отёка. Под влиянием применённого лечения в основной группе эхонегативная зона уменьшается в размерах и полностью исчезает.

ТАБЛИЦА. ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ А, М, G ПРИ ПОЗДНЕМ ВЫКИДЫШЕ

Показатель	Обследованные группы	
	Контрольная группа (n=50)	Основная группа (n=100)
IgA (мг/мл)	2,65±0,24	1, 1,35±0,02*
IgM (мг/мл)	1,29±0,12	0, 0,86±0,12*
IgG (мг/мл)	13,6±0,62	8,22±1,84*

Примечание: * $P < 0,05$ - статистическая значимость различий между основной и контрольной группой

При исследовании иммунологического статуса у исследуемых пациенток до начала терапии выявлены нарушения функционирования клеточного и гуморального звена иммунитета, повышение иммунорегуляторного индекса за счёт снижения количества цитотоксических Т-лимфоцитов и угнетение фагоцитоза, а так же общего числа и процентного соотношения показателей зрелых В-лимфоцитов. Как видно из таблицы также отмечались изменения иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови. Так, содержание Ig A в сыворотке крови у женщин, перенёвших поздний выкидыш, оставалось в пределах величин, что было ниже в 1,9 раза ($p < 0,001$) показателей группы контроля. Уровень Ig M у таких женщин также оставался ниже контрольного в 1,4 раза ($p < 0,001$). Определение содержания IgG у пациенток основной группы, показало, что сохраняется низкий уровень данного иммуноглобулина относительно пациенток контрольной группы.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, по сумме осложнений лидирует инструментальное опорожнение полости матки - 39% случаев, значительно меньшее число основных осложнений (20%) отмечено при медикаментозном аборте. Современные методы прерывания беременности (медикаментозный метод) могут быть отнесены к «безопасному аборту», правильное использование которых сопровождается минимальными побочными эффектами и осложнениями.



ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization. Medical methods for termination of pregnancy. Geneva. WHO Technical Report, -1997. - Series No. 871
2. Safety, efficacy and acceptability of mifepristone - misoprostol medical abortion in Vietnam. N.N.Nigroc [at al.] International Family Planning Perspectives. - 1999. - М. - V. 25. - P. 33-35
3. Богатова И.К. Обоснование возможности изменения аналога мефипростона для прерывания беременности у подростков / И.К. Богатова, И.Ю. Сошникова, Ю.С. Анциферова // Акушерства и гинекология. - 2002. - № 2. - С.16-17
4. Артыкова Н.П. Клинико-лабораторная характеристика безопасного аборта. Профилактика осложнений материнской смертности: автореф. дис... канд. мед. наук / Н.П. Артыкова. - Душанбе, -2005. - 24с.
5. Blanchard K. Health workers for choice: masking to improve quality of abortion services. Jalannesburg, Womens Health Project, University of the Withatersround /K.Blanchard, B. Winikoff // Nutrition Journal.-2004.-Vol 23-P.134-129
6. Lohr P.A. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion / P.A.Lohr, J.L.Hayes, K.Gemzell-Danielsson// Cochrane Database of Systematic Reviews.-2008.-Vol 47-P.1251-54
7. Abortion mortality, United States, 1972 through 1987 /H.W.Lawson [at.al.] // JOOG. - 1994. - V.171. -P. 1365-1372

Summary

Comparative characteristics of modern methods of abortion in late terms

T.Sh. Saidova

A prospective observation of 100 women who underwent abortion in the 2nd trimester (15-21 weeks) and 50 women without a history of miscarriages (control group) conducted. The study demonstrated that significantly more major complications seen in instrumental evacuation of the uterus - in 39% of cases, while medical abortion - about 20%. Using modern methods of abortion (medical method) can be attributed to the «safe abortion».

Key words: late miscarriage, dilatation and evacuation, medical abortion, induction, post-abortion metroendometritis

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Т.Ш. Саидова – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, ул.Хусейнзода – 8
E-mail: tahmina66@mail.ru

Кардиоваскулярные факторы риска при подагре

Н.Х. Хамидов, С.М. Шукурова, Х.К. Тоиров, Д.Х. Джонназарова

Кафедра внутренних болезней №2; пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Наиболее характерными факторами кардиоваскулярного риска у больных подагрой наряду с возрастом, являются повышение уровня общего холестерина (у 89,3% больных), снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (у 60,7%), ожирение (у 85,7%) и артериальная гипертензия (у 57,1%). Поскольку у больных подагрическим артритом имеется комплекс нарушений, приводящий к развитию кардиоваскулярных катастроф, целесообразно оценивать показатель суммарного коронарного риска. Значение суммарного коронарного риска коррелирует с показателями, отражающими тяжесть подагры: длительность болезни, количество поражённых суставов, а также с числом атак подагрического артрита в течение последнего года болезни.

Ключевые слова: подагра, факторы кардиоваскулярного риска, ишемическая болезнь сердца

АКТУАЛЬНОСТЬ. Подагра в настоящее время рассматривается не только как одна из актуальных задач ревматологии, но и как важная общемедицинская проблема [1]. Особенностью данного заболевания является частое её сочетание с такими патологическими состояниями, как артериальная гипертензия (АГ), метаболический синдром (МС) и сахарный диабет (СД) второго типа. Для указанных заболеваний характерен высокий риск кардиоваскулярных катастроф, связанных с атеросклеротическим поражением сосудов [2,3]. Сочетание кардиоваскулярной патологии и подагры представляет собой важную медико-социальную проблему, поскольку оно в результате тесной патогенетической связи и взаимного отягощения ухудшает качество жизни больных, несёт угрозу преждевременной инвалидизации и смерти пациентов от многочисленных осложнений. Не вызывает никаких сомнений необходимость тщательного контроля кардиоваскулярных факторов риска (ФР) у пациентов с подагрой. Поскольку больные с гиперурикемией (ГУ) зачастую имеют избыточный вес, дислипидемию, страдают АГ, они, несомненно, нуждаются в пристальном наблюдении за состоянием сердечно-сосудистой системы. Большое количество эпидемиологических, клинических и экспериментальных данных подтверждает ассоциацию между ГУ и кардиоваскулярными заболеваниями (КВЗ) [4-6]. Частота и тяжесть мозговых инсультов, заболеваний сердца и поражения почек, которые сохраняются даже после контролирования всех коррегируемых кардиоваскулярных ФР – достаточный довод, чтобы считать проводимые в настоящее

время попытки их профилактики не вполне адекватными. Знание и выявление ФР, ранняя диагностика и своевременная профилактика кардиоваскулярных катастроф, связанных с атеросклерозом у больных подагрой способствуют улучшению качества их жизни и прогноз болезни. В связи с названным обстоятельством является перспективным изучение частоты, характера и значения кардиоваскулярных ФР в развитии КВЗ и оценка их связи с основными клиническими характеристиками тяжести подагры.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Установить наиболее значимые кардиоваскулярные факторы риска и оценить их связь с клиническими особенностями подагры.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. В исследование были включены 56 больных (все мужчины, средний возраст – $53,2 \pm 8,8$ года), обратившихся в Национальный медицинский центр Республики Таджикистан в период с февраля 2008 г. по декабрь 2010 г. с достоверным диагнозом подагры по критериям S.L. Wallace (1977) [7]. Дебют заболевания составил $49,4 \pm 8,8$ лет, длительность болезни на момент обращения – $3,8 [1,0; 5,0]$ года (от 2 недель до 25 лет). Частота рецидивов артрита за последний год болезни составила $3,0 [1,0; 10,0]$. В среднем за всё время болезни отмечалось поражение $5,0 [2,0; 14,0]$ суставов.

При оценке анамнеза вариант артрита определялся по наибольшей продолжительности последнего обострения за истекший год. Так, на момент первого осмотра у 15 (26,8%) больных был диагностирован



острый подагрический артрит, у 6 (10,7%) он носил затяжной характер (длительность от 3 недель до 3 месяцев), у 16 (28,6%) диагностирован хронический артрит (длительность >3 мес), 19 (33,9%) больных обследованы в межприступном периоде.

У 23 (41,1%) больных выявлены подкожные тофусы, их количество в среднем составило 4 [2; 11] с колебаниями от 1 до 21. Рентгенологический признак внутрикостного тофуса – симптом «пробойника» был определён у 12 (21,4%) больных. Нефролитиаз по данным ультразвукового исследования обнаружен у 24 (42,9%) пациентов. На момент обследования противоподагрическую терапию аллопуринолом (от 1 недели до 1 года) получали 27 (48,2%) больных.

В исследование не включали больных подагрой, принимающих урикозурические, сахароснижающие и мочегонные препараты, больных с хронической почечной недостаточностью II-III стадии, хронической лёгочно-сердечной недостаточностью (недостаточность кровообращения II-IV функциональных классов (ВНОК и ОССН, 2007)) и онкологическими заболеваниями.

В ходе исследования определяли следующие антропометрические параметры: рост, масса тела, индекс массы тела (ИМТ) по формуле Кеттле ($\text{кг}/\text{м}^2$), окружность талии (ОТ) (см). Диагностику ожирения и оценку его выраженности осуществляли при помощи определения ИМТ по схеме, рекомендованной ВОЗ [8].

Уровень артериального давления (АД) определялся по методу Н.С. Короткова ручным способом в дневное время в состоянии покоя и в положении сидя. АД диагностировалась при величинах систолического АД (САД) выше 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) выше 90 мм рт. ст. (классификация ВОЗ и МОАГ, 1999) при двух и более последовательных визитах с интервалом не менее 1 недели при условии отсутствия антигипертензивной терапии.

Диагноз ишемической болезни сердца (ИБС) устанавливался в соответствии с критериями ВОЗ (1979).

Для определения суммарного коронарного риска (СКР) был использован алгоритм, рекомендованный Государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины МЗ РФ. Соответственно значение $\text{СКР} \geq 20\%$ расценивалось как высокий риск, а значение $\text{СКР} < 20\%$ – как низкий риск развития ИБС в ближайшие 10 лет. При наличии у пациента дополнительных ФР (СД, уровень триглицеридов в сыворотке крови выше 2 ммоль/л, по-

вышение $\text{ИМТ} > 25 \text{ кг}/\text{м}^2$, ИБС или другие атеросклеротические заболевания у близких родственников: мужчин моложе 55 лет, женщин моложе 65 лет) СКР, согласно используемой модели, увеличивался в 2 раза. Наличие клинических признаков ИБС у самого пациента оценивалось как +20% суммарного риска острых осложнений ИБС.

Клинически МС диагностировался на основании рабочих критериев экспертов Национального института здоровья США (АТР III, 2002). Для оценки изменений углеводного обмена и диагностики СД использовались диагностические критерии ВОЗ (1999). Диагноз СД выставлялся при концентрации глюкозы натощак $\geq 7,1$ ммоль/л в сыворотке крови.

Клинический и биохимический анализы крови проводились унифицированными методами в лаборатории Республиканского клинического центра кардиологии Таджикистана.

Всем пациентам натощак определялся уровень глюкозы (глюкооксидазный метод) и мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови (колориметрический ферментативный метод), проводилось исследование липид-белкового спектра крови – общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП) колориметрическим методом [9]. Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП) определяли расчётным методом по формуле Фривальда [10]. Коэффициент атерогенности рассчитывался по формуле $(\text{ХС} - \text{ХСЛПВП})/\text{ХСЛПВП}$, за норму приняты значения $< 3,0$.

Электрокардиографическое исследование проводилось в покое по стандартной методике – исследовались 12 отведений (3 стандартных, 3 усиленных от конечностей и 6 грудных) с последующим анализом.

Количественные данные результатов исследования представлены в виде средних значений (M) плюс-минус среднее квадратическое отклонение (SD) в случае близкого к нормальному распределения признака, оценённого с помощью теста Шапиро-Уилкса. Учитывая, что многие признаки не подчинялись закону нормального распределения, значительная часть данных представлена в виде медианы (Me) и интерпроцентильного размаха [5-й процентиль; 95-й процентиль].

Статистическую обработку проводили с помощью пакета программ STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc., США). Для определения различий в группах применяли критерии Манна-Уитни или Стьюдента (в случае со-



ответствия оцениваемого признака закону нормального распределения), а для 3 и более независимых групп – метод Краскела-Уоллиса. Для определения связей между исследуемыми признаками использовали корреляционный анализ Спирмена. Оценку качественных показателей в группах проводили путём анализа таблиц сопряжённости методом χ^2 при помощи двустороннего критерия Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. АГ имела место у 32 (57,1%) больных. Среди 11 (34,4%) пациентов с впервые выявленной или нелеченной АГ у 7 (63,6%) больных была диагностирована АГ I степени, у 2 (18,2%) пациентов АГ II степени, у 2 (18,2%) – АГ III степени. ИБС была выявлена у 18 (32,1%) пациентов. Из них у 2 (11,1%) больных имелся инфаркт миокарда в анамнезе. У 16 (88,9%) больных была диагностирована стенокардия напряжения I-IV ФК. У 1 (1,8%) пациента в анамнезе – острое нарушение мозгового кровообращения. Хроническая сердечная недостаточность I-II ФК была выявлена у 6 (10,7%) больных. МС был диагностирован у 16 (28,6%) обследованных пациентов.

Частота сердечно-сосудистых ФР в исследуемой группе больных представлена в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. ЧАСТОТА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ (n=56)

Факторы риска	n (%)
Возраст >55 лет	20 (35,7%)
ОХС >6,5 ммоль/л	50 (89,3%)
ХСЛПВП \leq 1,6 ммоль/л	34 (60,7%)
Курение, n (%)	7 (12,5%)
САД >140 мм рт. ст.	32 (57,1%)
Сахарный диабет типа 2	19 (33,9%)
ТГ >2,3 ммоль/л	18 (32,1%)
ИМТ >25 кг/м ²	48 (85,7%)
Семейный анамнез по ИБС, n (%)	15 (26,8%)

Среди основных ФР чаще выявлялись повышение уровня общего ХС и снижение уровня ХСЛПВП, повышение САД, реже курение. Из дополнительных ФР у подавляющего большинства больных выявлено увеличение ИМТ. Так при среднем росте обследуемых пациентов $1,73 \pm 0,07$ м (от 1,56 до 1,99 м), средний вес составил $83,1 \pm 9,9$ кг (от 65 до 110 кг). Только

у 8 (14,3%) пациентов вес соответствовал норме, у 38 (67,8%) – выявлена избыточная масса тела, 10 (17,9%) пациентов страдали ожирением. Висцеральный тип ожирения (окружность талии >102 см), с которым связывают увеличение риска развития КВЗ установлен у 9 (90%) больных подагрой, страдающих ожирением.

По данным литературы частота АГ при подагре колеблется от 36 до 41% [11,12], а в сочетании с МС этот показатель увеличивается до 72% [3]. Полученные данные свидетельствуют о связи между развитием АГ и наличием МС у больных подагрой.

Таким образом, у больных подагрой с высокой частотой встречаются 2 и более сердечно-сосудистых ФР.

Напомним, что по данным эпидемиологических исследований сочетание двух, трёх или более факторов у одного больного существенно повышает риск сердечно-сосудистых катастроф [13]. При этом сочетание нескольких, даже умеренно выраженных сердечно-сосудистых ФР, прогностически более неблагоприятно, чем, существенное нарастание одного сердечно-сосудистого фактора.

Низкий СКР (менее 5%) имел место только у 9 (16,1%) больных, а средний (5-20%) наблюдался у 20 (35,7%). 27 (48,2%) пациентов имели высокий сердечно-сосудистый риск ($\geq 20\%$), несмотря на то, что почти 59% были в возрасте моложе 55 лет.

Был проведён анализ распределения СКР в различных возрастных группах (табл. 2). В группу I вошли пациенты в возрасте от 30 до 40 лет (n=3), в группу II – от 40 до 50 лет (n=13), в третью – от 50 до 60 лет (n=30), в IV – от 60 до 70 лет (n=7) и в группу V – старше 70 лет (n=3). Установлено, что с каждым десятилетием значительно повышается значение СКР, особенно начиная с пятого десятилетия жизни ($p < 0,001$). По мере увеличения возраста повышается и уровень САД и ИМТ ($p < 0,001$).

Гиперхолестеринемия с высокой частотой выявлялась во всех возрастных группах. Однако связи между возрастом пациентов и уровнями ХС и ХСЛПВП, ТГ, а также концентрацией МК выявлено не было ($p > 0,05$, во всех случаях). Эти данные свидетельствуют о том, что риск развития сердечно-сосудистой патологии характерен для пациентов не только пожилого, но и молодого возраста.

Особый интерес представляет изучение связи между СКР и основными клиническими характеристиками подагры (табл. 3).

ТАБЛИЦА 2. КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (M±SD ИЛИ МЕ [5-Й ПРОЦЕНТИЛЬ; 95-Й ПРОЦЕНТИЛЬ])

Показатели	Группа I (n=3)	Группа II (n=13)	Группа III (n=30)	Группа IV (n=7)	Группа V (n=3)
ИМТ, кг/м ²	25,8±2,16	26,7±1,96	27,7±2,9	27,9±2	30,6±1,4
САД, мм рт. ст.	133,3±11,5	126,9±12,5	139,6±18,4	141,4±19,5	163,3±25,2
ХС, ммоль/л	7,3 [6,98; 7,6]	7,0 [6,8; 7,5]	7,54 [7; 8]	6,74 [5,9; 7,8]	7,17 [7; 7,43]
ХСЛПВП, ммоль/л	2,12 [1,95; 2,3]	1,99 [1,88; 2,2]	1,99 [1,86; 2,2]	1,88 [1,76; 2]	1,98 [1,94; 2,02]
Глюкоза, ммоль/л	6,0 [5,8; 7,4]	5,7 [4,9; 7]	6,9 [6,3; 7,6]	6,8 [5,8; 8]	7 [6,2; 8]
ТГ, ммоль/л	3,6 [2,9; 4,4]	3,1 [3; 3,4]	3,4 [3; 3,9]	3,2 [3; 3,4]	3,2 [2,6; 5]
МК, мкмоль/л	628±74	595±54	605±71	549±81	620±56

ТАБЛИЦА 3. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЗНАЧЕНИЯ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА (M±SD ИЛИ МЕ [5-Й ПРОЦЕНТИЛЬ; 95-Й ПРОЦЕНТИЛЬ])

Клиническая характеристика	СКР<20% (n=29)	СКР≥20% (n=27)	p
Длительность болезни, годы	2,7 [0,5; 7]	5 [1; 10]	<0,001
Возраст дебюта подагры, годы	48,4±7,9	52,6±8,7	<0,001
Количество поражённых суставов за всё время болезни, n	4 [2; 9]	6 [2; 14]	<0,001
Число атак артрита за последний год болезни, n	3 [1; 6]	4 [1; 10]	<0,05

Как видно из приведённой таблицы, показатели больных с низким СКР достоверно отличались от аналогичных с высоким показателем СКР по основным клиническим характеристикам, отражающим тяжесть подагры. Выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между уровнем СКР, длительностью подагры ($r=0,40$; $p<0,001$), количеством поражённых суставов ($r=0,45$; $p<0,001$) и числом атак артрита за последний год болезни ($r=0,30$; $p<0,05$).

Для оценки наиболее значимых ФР в развитии ИБС у пациентов с подагрой все больные были распределены на две группы. В первую вошли 38 пациентов, не страдающих ИБС, во вторую – 18 больных с ИБС.

ТАБЛИЦА 4. КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (N (%), M±SD ИЛИ МЕ [5-Й И 95-Й ПРОЦЕНТИЛЬ])

Факторы риска	Больные без ИБС (n=38)	Больные с ИБС (n=18)	p
Возраст, годы	51,1±7,8	57,7±9,4	<0,001
ХС, ммоль/л	7,4 [4,8; 8,2]	7,65 [5,9; 9]	<0,05
ХСЛПВП, ммоль/л	1,94 [1,76; 2,2]	2 [1,4; 2,3]	<0,05
Курение, n (%)	5 (13,2%)	2 (11,1%)	
САД, мм рт.ст.	136,7±16,7	149,4±17,5	<0,05
ТГ, ммоль/л	3,4 [2,9; 4,6]	3,2 [2,3; 5]	<0,05
ИМТ, кг/м ²	27,1±2,2	27,9±2,4	<0,05
ИБС у родственников, n (%)	9 (23,7%)	6 (33,3%)	
СД типа 2, n (%)	8 (21%)	11 (61%)	



ТАБЛИЦА 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА (M±SD ИЛИ МЕ [5-Й ПРОЦЕНТИЛЬ; 95-Й ПРОЦЕНТИЛЬ])

Признак	Больные без ИБС (n=38)	Больные с ИБС (n=18)	p
Длительность болезни, годы	2,2 [1; 3]	7,1 [3; 10]	<0,001
Возраст дебюта подагры, годы	48,9±7,8	50,5±10,7	<0,001
Количество поражённых суставов за всё время болезни, n	5 [2; 11]	7 [4; 14]	<0,05
Число атак артрита за последний год болезни, n	3 [1; 10]	4 [2; 9]	

Как видно из таблицы 4, пациенты с ИБС были старше по возрасту и имели более высокий уровень САД, по сравнению с больными без ИБС. СД 2 типа также чаще встречался у больных второй группы. Кроме того, больные с ИБС имели значимо большую длительность АГ в анамнезе. Так среди больных первой группы длительность АГ составила 4,2 (1,8-9) года, в то время как у больных второй группы – 9,5 (3,5-22) лет ($p<0,05$).

Среди других дополнительных ФР у больных с ИБС был выше уровень ХСЛПНП: 5,4 [4;7,2] ммоль/л и 5,1 [3,1; 6,4] ммоль/л, соответственно ($p<0,05$). Уровень МК в сыворотке крови в сравниваемых группах составил соответственно 604±61,7 и 595±72,3 мкмоль/л ($p=0,6$). Частота МС была значительно выше у больных с ИБС: 44,4% и 21,1% соответственно.

В таблице 5 представлены результаты сравнения основных клинических признаков подагры у больных с ИБС и без ИБС.

Как видно из таблицы, у больных с ИБС длительность подагры, возраст на момент первого подагрического артрита и число суставов, поражённых за всё время болезни достоверно больше, чем у пациентов без таковой. Артрит в течение последнего года болезни рецидивировал практически с одинаковой частотой.

Вывод. У больных подагрой наиболее характерными факторами кардиоваскулярного риска, наряду с возрастом, являются повышение уровня общего холестерина (у 89,3% больных), снижение уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (у 60,7%), ожирение (у 85,7%) и артериальная гипертензия (у 57,1%). Поскольку у больных подагрическим артритом имеется комплекс нарушений, приводящих к развитию кардиоваскулярных катастроф, постольку целесообразно оценивать показатель суммарного коронарного риска. Значение суммарного коронарного риска коррелирует

с показателями, отражающими тяжесть подагры: с длительностью болезни ($p<0,001$), количеством поражённых суставов ($p<0,001$), а также с числом атак подагрического артрита в течение последнего года болезни ($p<0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Terkeltaub R.A. Clinical practice. Gout / R.A. Terkeltaub // N. Engl. J. Med. – 2003. – V. 349. – P. 1647-1655
2. Dessein P.H. Dislipidemia and insulin resistance in gout: sufficiently common to be considered in the evolution and management of every patient / P.H. Dessein [et al.] // III African League Against Rheumatism (AFLAR) Conference. – Cape Town, South Africa, September 1999. – Cape Town: VKenza 1999
3. Vazquez-Mellado J. Metabolic syndrome and ischemic heart disease in gout / J. Vazquez-Mellado [et al.] // J. Clin. Rheumatol. – 2004. – V. 10. – №3. – P. 105-109
4. Fang J. Serum uric acid and cardiovascular mortality: The NHANES I epidemiologic follow-up study, 1971-1992. National Health and Nutrition Examination Survey / J. Fang, M.H. Alderman // JAMA. – 2000. – V. 238. – P. 2404-2410
5. Culleton B.F. Serum uric acid and risk for cardiovascular disease and death: The Framingham Heart Study / B.F. Culleton [et al.] // Ann. Intern. Med. – 1999. – V. 131. – P. 7-13.
6. Wannamethee S.G. Serum Uric Acid Is Not an Independent Risk Factor for Coronary Heart Disease / S.G. Wannamethee // Current Hypertension Reports. – 2001. – V. 3. – P. 190-196
7. Wallace S.L. Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of gout / S.L. Wallace [et al.] // Arthritis Rheum. – 1977. – V. 20. – P. 895-900



8. World Health Organization (WHO). Obesity: prevention and management of the global epidemic. Report of the WHO Consultation // World Health Organ. Tech. Rep. Ser. – 2000. – V. 894 (i-xii). – P. 1-253
9. Rifai N. Lipids, lipoproteins and apolipoproteins / N. Rifai, P.S. Bachorik, J.J. Albers // In: C.A. Burtis, E.R. Ashwood (eds.). – Tietz Textbook of Clinical Chemistry. – 3rd ed. – Philadelphia. – W.B. Saunders Company. – 1999. – P. 809-861
10. Friedewald W.T. Estimation of the concentration of low-density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge / W.T. Friedewald, R.S. Levy, D.S. Fredrickson // Clin. Chem. – 1972. – V. 18. – P. 499-502
11. Wyngaarden J.B. Gout Metabolic Basic of Inherited Disease / J.B. Wyngaarden, W. Kolly // Ed. 5. – New York: MC. Graw Hill. – 1955. – P. 1043-1114
12. Шукурова С.М. Висцеральные проявления подагры: дис. ... д-ра мед. наук / С.М. Шукурова. – Душанбе, 1996
13. Yusuf S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf [et al.] // Lancet. – 2004. – P. 364-937

Summary

Cardiovascular risk factors in gout

N.H. Khamidov, S.M. Shukurova, H.K. Toirov, J.H. Dzhonnazarova

The most characteristic cardiovascular risk factors in patients with gout, along with age, are increasing the levels of total cholesterol (in 89,3% of patients), lower HDL cholesterol (from 60,7%), obesity (at 85,7%) and hypertension (in 57,1%). Because patients with gouty arthritis have complex disorders, leading to the appearing of cardiovascular catastrophes, it is useful to evaluate the total coronary risk. The value of total coronary risk correlated with indicators reflecting the severity of gout: the duration of the disease, the number of affected joints, as well as the number of attacks of gouty arthritis in the last year of the disease.

Key words: gout, cardiovascular risk factors, coronary heart disease

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Н.Х. Хамидов – профессор кафедры внутренних болезней №2 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Гулистон, д. 21. Тел: (+992 37) 221-58-98



Клинико-эпидемиологические особенности саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированных больных в стадии СПИДа

Э.Р. Рахманов, Р.А. Турсунов, Н.М. Гулямова, Ш.К. Матинов, Т.М. Шарипов

Кафедра инфекционных болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье авторы приводят результаты клинического анализа данных, полученных у 86 больных с ВИЧ-инфекцией. В ходе исследования было установлено, что 2,3% из них составили ВИЧ-инфицированные пациенты в стадии СПИДа с саркомой Капоши. У больных с развившимся СПИДом саркома Капоши является одним из тяжёлых проявлений злокачественных новообразований. У обследованных пациентов наблюдалось снижение уровня CD4 клеток до 250 и ниже 150 в 1 мкл. В стационаре им была назначена антиретровирусная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

Тяжесть течения саркомы Капоши была обусловлена уровнем иммунного статуса пациентов, наличием серьёзных сопутствующих заболеваний, а своевременное назначение антиретровирусной терапии обнадеживает в плане прогноза заболевания.

Ключевые слова: саркома Капоши, ВИЧ-инфекция, СПИД, антиретровирусная терапия, уровень CD4 клеток

АКТУАЛЬНОСТЬ. ВИЧ/СПИД в настоящее время рассматривается экспертами ВОЗ, как угроза безопасности жизнедеятельности человечества и представляет угрозу национальной безопасности многих стран мира [1]. Инфекционная болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека - ВИЧ-инфекция, в финале которой развивается смертельный синдром приобретённого иммунного дефицита (СПИД) реально угрожает перспективам человеческого развития и экономическому росту, может привести к катастрофическим последствиям [2]. Главная опасность ВИЧ-инфекции, определяющая её социальное значение, практически неизбежная гибель инфицированных в среднем через 10-11 лет после заражения ВИЧ [1,3]. Поэтому дальнейшее распространение эпидемии ВИЧ станет дополнительной нагрузкой на систему социальной защиты населения. Значительная часть клинических проявлений ВИЧ-инфекции связана с присоединяющимися к ней вследствие снижения иммунитета, вторичными оппортунистическими инфекциями, в том числе и онкологическими, одной из которых является саркома Капоши [4,5].

В настоящее время саркома Капоши считается одной из 25 СПИД - индикаторных условий развития ВИЧ-инфекции [6,7]. Саркома Капоши – это наиболее

часто встречающаяся злокачественная опухоль эндотелиальных клеток, развивающаяся у больных ВИЧ-инфекцией. Чаще всего (в 50-60% случаев) данная патология поражает мужчин нетрадиционной ориентации. У женщин больных СПИДом это заболевание регистрируется в 2% случаев, но протекает крайне агрессивно [8,9].

По последним научным данным в пусковом механизме развития саркомы Капоши участвует вирус простого герпеса типа 8 (ВГЧ-8), встречающийся на фоне иммуносупрессии среди пациентов с ВИЧ в 20 000 раз чаще, чем среди относительно здорового населения [1,10,11]. ВГЧ-8 относится к роду RHADINOVIRUS. Он известен, как герпесвирус, ассоциированный с саркомой Капоши. Вирус обладает нейроинвазивными свойствами, определяясь в дорсальных спинальных ганглиях и в спинномозговой жидкости у ВИЧ-инфицированных лиц.

Чаще саркома Капоши появляется вначале на коже в виде маленьких пятен, которые постепенно увеличиваясь до пальпируемых уплотнений, позже приобретают форму узлов. Количество элементов колеблется от одного до сотен. Сроки появления и подсыпания сыпи различны, от нескольких недель до года, раз-



меры элементов варьируют от 1 до 3 см, цветовая палитра - от красно-коричневой до чёрной. На лице саркома Капоши часто локализуется на кончике носа, вокруг глазниц, за ухом, в наружном слуховом проходе [6-8].

Диагноз саркомы Капоши ставится на основании характерной клинической картины, обязательного гистологического исследования и подтверждения биоптатов поражённого участка кожи. Подавляющее количество больных погибает в течение полутора лет после развития данной патологии. В настоящее время наблюдается статистически доказанное снижение процента случаев выявления саркомы Капоши среди ВИЧ-инфицированных пациентов, что связано, по-видимому, с эффективностью применения антиретровирусной терапии (АРВ-терапия) [5,8]. Лечение больных с данным поражением является комплексным, с обязательным применением АРВ-препаратов, системной терапии и местнодействующих методов. Системная терапия подразумевает применение цитостатиков (блеомицин, винкристин, винбластин). Однако применение этих препаратов усугубляет иммуносупрессию [12]. Согласно данным научного исследования, проведённого американскими учёными, частота выявления саркомы Капоши в эпоху АРВ-терапии снизилась почти в 100 раз [8,9].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение эпидемиологических особенностей и клинического течения саркомы Капоши у больных в развёрнутой стадии ВИЧ-инфекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Под нашим наблюдением в период 2009-2010 годов находилось 86 больных с ВИЧ-инфекцией. Основопологающий диагноз был выставлен с использованием методов клинического анализа, экспресс - диагностики, метода иммуно-блоттинга и полимеразно цепной реакции (ПЦР). Среди исследуемых больных, мужчин и женщин, страдающих саркомой Капоши, было по одному пациенту, что составило 2,3% от общего количества ВИЧ-инфицированных больных, а средний возраст обследуемых - 25,32 года, соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Обследование 2-х больных с саркомой Капоши, находящихся под нашим наблюдением, выявило половой путь инфицирования. Заражение ВИЧ-инфекцией у больной Н.М., произошло от мужа-наркомана, в то время как больной М.Б., вёл беспорядочную половую жизнь. Основным клиническим проявлением патологии на начальном этапе явилось появление зудящих багровых бляшек на различных участках тела (лицо, волосистая часть головы, предплечья, туловище,

нижние конечности). Кроме того, у больного М.Б. наблюдались подобные высыпания на слизистой нёба без разрушения перидонтальной ткани. У обоих больных отмечалось снижение уровня CD4 клеток до 250 в 1 мкл. В стационаре им была назначена антиретровирусная, патогенетическая и симптоматическая терапия.

У больной Н.М. на фоне лечения АРВ-терапией наблюдалась регрессия элементов поражения. Сопутствующей патологией основного заболевания у больной Н.М. был онхомикоз ногтей стоп, по поводу чего больная получала соответствующую терапию.

У больного М.Б., вследствие присоединения такой грозной сопутствующей патологии, как хронический гепатит «С» с переходом в цирроз печени, хронический пиелонефрит, анемия, улучшения самочувствия и регрессии элементов на фоне применяемой терапии не наблюдалось, однако и новые элементы на фоне АРВ-терапии не появлялись.

ПРИВОДИМ ВЫПИСКУ ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

Больной М.Б., 23 года, житель Республики Таджикистан, последние 10 лет проживавший в Российской Федерации, поступил в клинику 03.04.2010г. на обследование и лечение из мест отбывания наказания в Липецкой области Российской Федерации. Из анамнеза заболевания: считает себя больным ВИЧ-инфекцией с 2007 года. С декабря 2009 года находился на лечении в Липецкой областной больнице с диагнозом ВИЧ-инфекция, 1V клиническая стадия, саркома Капоши. Была назначена АРВ-терапия (комбивир, реатаза), патогенетическая и симптоматическая терапия. Количество CD4 клеток было на уровне 200 клеток в 1 мкл. В марте 2010 года, учитывая тяжесть течения заболевания и отсутствие положительной динамики, снижение уровня CD4 клеток ниже 150 в 1 мкл, а также усугубление течения ВИЧ-инфекции до стадии СПИДа, неблагоприятного прогноза для жизни, больной был освобождён от отбывания наказания и отправлен на дальнейшее лечение по месту жительства.

При поступлении в клинику, кроме вышеуказанных жалоб, больного беспокоило повышение температуры тела, частый жидкий стул, отёчность в области нижних конечностей. При объективном осмотре - состояние тяжёлое, больной слабый, вялый, но адекватен, в ясном сознании. На коже лица, шеи, волосистой части головы, ушных раковин, верхних и нижних конечностей, груди, спины отмечаются множественные багровые зудящие бляшки, выступающие над уровнем кожи (см. рис.).



РИС. БОЛЬНОЙ М.Б., 23 г., ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ, IV-КЛИНИЧЕСКАЯ СТАДИЯ, САРКОМА КАПОШИ

При осмотре полости рта, в области нёба также выявлена багровая бляшка. Отмечается выраженный отёк лица, ушных раковин. Глазные щели резко уменьшены в размерах, веки отёчные. В области голеностопных суставов – выраженная отёчность. Над лёгкими - везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс ритмичен, до 90 уд. в мин. Артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в объёме за счёт свободной жидкости, безболезненный. Край печени выступает из-под края рёберной дуги на 3,5 см, плотноватой консистенции, безболезненный. Селезёнка выступает из под края рёбер на 2 см. Физиологические отправления - без особенностей.

Больному была назначена следующая схема АРВ-терапии: калетра (лопиновир 200 мг + ритонавир 50 мг) и трувада (эмтрицитабин 200 мг + тенофовир 300 мг) по одной таблетке раз в день. Применение цитостатиков было нецелесообразно, вследствие углубления иммунодефицита и возможности развития вторичных заболеваний. Как известно, применение АРВ-терапии не приводит к полной регрессии элементов сыпи, однако может приостановить дальнейшее их прогрессирование. У больного вследствие присоединения такой сопутствующей патологии, как хронический гепатит «С» с переходом в цирроз печени, самочувствие на фоне применяемой терапии улучшилось незначительно, однако прогрессирования заболевания не наблюдалось. Больной был выписан под наблюдение центра СПИД по месту жительства.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, проведённые нами исследования показали, что саркома Капоши является одним из тяжёлых проявлений злокачественных новообразований у больных с развившимся СПИДом. Тяжесть течения заболевания обусловлена уровнем иммунного статуса пациентов, наличием серьёзных сопутствующих заболеваний, а своевременное назначение антиретровирусной терапии обнадеживает в плане прогноза заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция и СПИД / В.В.Покровский.- М., -2010. -213с.
2. Иоанниди Е.А. Клинико-эпидемиологические особенности и социальные аспекты ВИЧ-инфекции / Е.А.Иоанниди [и др.]/ Учёные Волгограда - развитию города: сб. науч. ст. - Волгоград, 2009. - С. 267-270
3. Бартлетт Д. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции / Д. Бартлетт, Д. Галант. – М., - 2007. -143с.
4. Молочков А.В. Саркома Капоши /А.В.Молочков, И.А.Казанцева, В.Э.Гурцевич. - М., БИНОМ-Пресс, - 2002. -144с.
5. Ермак Т.Н. Вторичные заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией: 15-летнее наблюдение / Т.Н.Ермак, А.В.Кравченко, Б.М.Груздев // Терапевтический архив, 2004.- Т.16, №4. - С. 18-20



6. Набиев Т.А. Особенности клинического течения саркомы Капоши у ВИЧ-инфицированного пациента / Т.А.Набиев // НИКИ им.М.Ф. Владимирского. Журнал «Альманах клинической медицины». - №9. - 2006. - С.77-83
7. Груздев Б.М. Особенности клинического течения и терапии саркомы Капоши у больных ВИЧ-инфекцией: дис...канд. мед. наук/ Б.М.Груздев. - М., - 2006. -141с.
8. Nasti G. AIDS-related Kaposi's Sarcoma in 211 Patients: Assessment of the AIDS Clinical Trial Group Staging Classification Prognostic Value in the Era of HAART / G.Nasti // 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. - 2003
9. Atkinson J.O. The Incidence of Kaposi Sarcoma Among Injection Drug Users With AIDS in the United States / J.O. Atkinson // Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. - 2004. -Vol.37. - P.1282-1287
10. Молочков А.В. Клинические особенности саркомы Капоши, её связь с герпесвирусом человека 8-го типа (HHV-8), патогенетическая терапия: автореф. ... канд. мед. наук /А.В.Молочков. - М. - 1999. -21с.
11. Макарова И.В. Особенности иммунного статуса при герпетической инфекции у пациентов, инфицированных ВИЧ /И.В.Макарова, Е.А.Иоанниди // Медлайн-экспресс. - 2009. - №6. - С. 21-22
12. Anthony J. Kaposi Sarcoma and Lymphoma Risk Linked to CD4+ Count at AIDS Onset / J. Anthony, M.Brown // J. Acquir Immune Defic Syndr. - 2003. - Vol.-32. - P.527-533

Summary

Clinical and epidemiological features Kaposi's sarcoma in HIV-infected patients with AIDS

E.R. Rakhmanov, R.A. Tursunov, N.M. Gulyamova, Sh.K. Matinov, T.M. Sharipov

The authors presents a clinical analysis of data in 86 patients with HIV infection. The study found that 2.3% of them were HIV-infected patients with AIDS stage with Kaposi's sarcoma. In patients who developed AIDS Kaposi's sarcoma is a serious manifestation of malignancy. We examined patients showed reduction in CD4 cell count below 250 and 150 in 1 ml.

In the hospital patients received antiretroviral, pathogenetic and symptomatic therapy. Severity of Kaposi's sarcoma was caused by the level of the immune status of patients, the presence of severe comorbidities, and timely assignment of antiretroviral therapy is encouraging in terms of prognosis.

Key words: Kaposi's sarcoma, HIV, AIDS, antiretroviral therapy, CD4 cell count

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Э.Р. Рахманов – заведующий
кафедрой инфекционных болезней
ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе,
ул. Павлова, д. №6
E-mail: erkin_rakhmonov@mail.ru



Особенности течения хронического вирусного гепатита С у ВИЧ-инфицированных больных

А.А. Махмануров, Р.А. Турсунов*, М.М. Абдикеримов, А.А. Суванбеков, Г.Ж. Саттарова

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек;

*ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Хронический вирусный гепатит (ХГ) С у ВИЧ-инфицированных протекает в стёртой форме, так как маскируется симптомами наркозависимости, что создаёт трудности в диагностике и проведении лечения. Характеризуя клинические проявления ХГС у ко-инфицированных пациентов, следует учитывать стадию ВИЧ-инфекции. Основной патологией лёгких у больных ХГС в стадии СПИДа был туберкулёз (51,4%). Кандидоз, являясь частой патологией (45,2%), встречался как в III стадии ВИЧ-инфекции, так и в IV стадии. Поражение кожи и слизистых оболочек было выявлено у значительного числа больных: в III стадии - у 20,7%, в IV А - у 72,4%, а в стадии СПИДа - в 96,5% случаев.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, хронический гепатит С, поражение кожи и слизистых, биохимические тесты, наркозависимость

АКТУАЛЬНОСТЬ. Во всём мире гепатит С (ГС) и ВИЧ-инфекция являются двумя наиболее серьёзными и распространёнными вирусными инфекциями, вызывающими значительную заболеваемость и смертность населения [1,2]. В мире 40 миллионов человек живут с ВИЧ-инфекцией, 170-200 миллионов - с HCV-инфекцией и 10 миллионов - с сочетанием HCV/HIV-инфекций, что представляет серьёзную проблему будущего [3,4]. Одна из особенностей HCV-инфекции - высокий риск развития её хронической формы, а при смешанной инфекции HIV/HCV выявлено более быстрое прогрессирование хронической болезни и формирование цирроза печени по сравнению с моноинфекцией HCV [5,6].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: изучение особенностей клинического течения хронического вирусного гепатита С у ВИЧ-инфицированных больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Для изучения возможного влияния ВИЧ-инфекции на течение гепатита С мы наблюдали 47 больных ХГС инфицированных ВИЧ, заболевание у которых протекало на фоне наркомании. Из них 87% составляли мужчины, преобладали лица в возрасте 15-19 и 20-29 лет - 46,7% и 50%, соответственно. Средний возраст больных 21,4±2,2 года. Наркотический стаж колебался от 1 до 6 лет, среди применяемых психоактивных веществ часто использовался героин. По наличию «точки

отсчёта» - клинически манифестной острой фазы у 8,7% больных предположительная давность хронического гепатита составила в среднем 3,4±1,3 года (от 10 месяцев до 5 лет). У остальных больных сроки инфицирования установить не удалось. Среди ВИЧ-инфицированных больных 61,7% (29 человек) находились в III стадии ВИЧ-инфекции, 38,3% (18 человек) - в IV А - В стадии по классификации В.И. Покровского [2006]. Диагноз был подтверждён методом иммуноблоттинга к белкам вируса иммунодефицита человека 1 типа. Диагноз HCV-инфекции устанавливали на основании определения в сыворотке крови больных а-HCV IgG методом ИФА и обнаружения РНК HCV в плазме крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Всем больным проведено УЗИ печени и других органов брюшной полости, а также стандартные биохимические анализы: определение уровня билирубина крови и его фракций, определение активности трансаминаз АЛТ, АСТ. При необходимости исследовали кровь на протромбиновый индекс, свёртывающую систему, белок и белковые фракции, щелочную фосфатазу и холестерин.

Степени фиброза печени определяли с помощью аппарата «Фиброскан». Обследование больных проводилось в динамике для оценки отдалённых исходов болезни.



Статистическая обработка полученных результатов была выполнена при помощи программы STATISTICA for Windows. Статистическую значимость различий в величине средних показателей оценивали при помощи коэффициента Стьюдента. Для анализа таблиц сопряженности признаков использовали критерий χ^2 .

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Характеризуя клинические проявления ХГС у ко-инфицированных пациентов в таблице 1, следует учитывать стадию ВИЧ-инфекции. У больных в латентной стадии ВИЧ-инфекции преобладали жалобы, характерные для абстинентного синдрома: общая слабость, нарушение сна, субфебрилитет, головная боль, боли в мышцах и суставах.

У 69% больных наблюдалось снижение аппетита, 51,7% больных беспокоили тяжесть и периодические боли в правом подреберье, только у 13,8% выявлялась небольшая иктеричность кожи и склер. Практически у всех пациентов (93,1%) пальпировалась увеличенная плотной консистенции печень. У ВИЧ-позитивных больных ХГС, страдающих наркоманией, симптомами комплекса наркозависимости и сопутствующими им заболеваниями выходили на передний план, тем самым, маскируя проявления гепатита.

У больных ХГС в IV стадии ВИЧ-инфекции чаще, чем в латентном периоде наблюдалась слабость, недомогание (94,4%), снижение аппетита и тошнота, чаще

выявлялась умеренная желтуха (44,4%). В то же время тяжесть в правом подреберье отмечали лишь 27,7% больных. У значительного числа пациентов (77,8%) на фоне вторичных заболеваний различной этиологии была выявлена лихорадка: с субфебрильными цифрами температуры 37 – 38°C у 71,5% из них, и до 39°C у 28,5% больных. У всех ко-инфицированных больных определялась гепатомегалия и у 22,2% – спленомегалия. У пациентов, чаще в стадии IVБ, IVВ, из-за вынужденного, ввиду тяжелого состояния, временного отказа от приёма наркотиков, был выражен абстинентный синдром, симптомы которого (артралгии, миалгии, головная боль, нарушение сна) выступали на первый план. У больных ХГС в IV стадии ВИЧ-инфекции на специфические симптомы гепатита наслаивалась разнообразная симптоматика сопутствующей патологии, выраженность которой определяла степень иммунодефицита.

Органопатология у больных ХГС, инфицированных ВИЧ. Поражение кожи и слизистых оболочек было выявлено у значительного числа больных: в III стадии – у 20,7%, в IV А – у 72,4%, а в стадии СПИДа – в 96,5% случаев. Структура кожных поражений отражена на рисунке 1.

Кандидоз, являясь частой патологией (45,2%), встречался и в III стадии ВИЧ-инфекции, но в большинстве случаев был выявлен у больных в IV стадии. Отмечалось кандидозное поражение кожи, ангулярный хейлит, заеды в углах рта, поражения зева, глотки, а

ТАБЛИЦА 1. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ХГС У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ (%)

Симптомы	Стадии ВИЧ-инфекции	
	Субклинический период (n=29)	Период вторичных заболеваний (n=18)
Общая слабость, недомогание	55,2	94,4
Нарушение сна	72,4	66,7
Снижение аппетита	69	83,3
Тяжесть, боль в правом подреберье	51,7	27,7
Гепатомегалия	93,1	100
Спленомегалия	27,6	22,2
Головная боль	55,2	33,3
Желтуха	13,8	44,4
Артралгии	79,3	50
Субфебрилитет	51,7	77,8
Тошнота	13,8	27,7
Горечь во рту	6,9	11,1

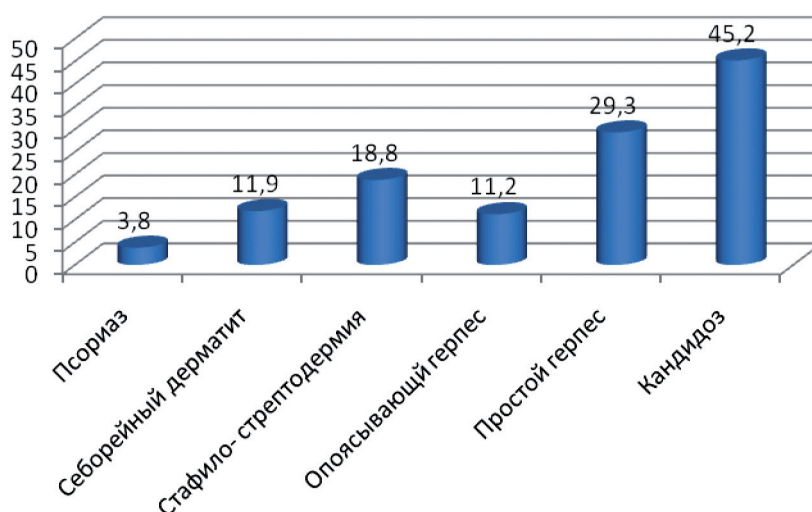


РИС.1. НОЗОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХГС, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

в последующем и пищевода. У женщин наблюдался кандидозный вульвовагинит. Поражение кожи и слизистых оболочек, обусловленное простым герпесом было выявлено у 29,3% больных, сопровождающееся везикулёзными высыпаниями в назолабиальной и генитальной области. Опоясывающий герпес, обнаруживаемый в 11,2%, характеризовался выраженным болевым синдромом и обильными везикулёзными и пустулёзными высыпаниями на коже. Герпетическая инфекция по мере нарастания иммунодефицита имела склонность к рецидивированию. Стафилококковая и стрептококковая пиодермии протекали в виде фурункулёза, фолликулита, пост инъекционного абсцесса, рожи.

Поражения органов дыхания были обусловлены преимущественно бактериальной инфекцией – бронхиты, пневмонии, туберкулёз. У 74,5% больных бактериальная пневмония развивалась в стадии вторичных проявлений ВИЧ-инфекции, хронические бронхиты также чаще выявлялись в IV стадии. Основной патологией лёгких у больных ХГС в стадии СПИДа был туберкулёз (51,4%).

Частота поражения желудочно-кишечного тракта увеличивалась по мере прогрессирования иммунодефицита. Так в латентный период симптомы поражения ЖКТ выявлялись у 10,3% больных, в стадии вторичных проявлений – у 88,8%. Удельный вес нозологических форм показан на рисунке 2.

Чаще всего кандидозное поражение ЖКТ проявлялось орофарингеальной формой, сопровождающейся появлением белого налёта на слизистой полости рта, поражением красной каймы губ. Длительная диарея наблюдалась у 58,3% больных в IV стадии ВИЧ-инфекции, обусловленная бактериальными

инфекциями (кампилобактеры, сальмонеллы), вирусными (энтеровирусных), протозойными (криптоспоридии). Как правило, у больных развивался дефицит массы тела на фоне вторичной инфекционной диареи и морфофункциональных изменений стенки кишечника, обусловленных прямым воздействием ВИЧ и приводящих к нарушению пристеночного пищеварения и всасывания.

Поражение нервной системы проявлялось уже в латентной стадии ВИЧ-инфекции в виде нервно-психических нарушений, основными симптомами которых были быстрая утомляемость, бессонница, лабильность настроения. СПИД-дементный комплекс, обусловленный непосредственным действием ВИЧ на структуры головного мозга, характеризующийся снижением интеллекта, памяти, концентрации внимания, притуплением эмоций, в той или иной степени, наблюдался более чем у половины больных. Поражение мочеполовой системы было выявлено у 51,9% больных в виде хронического пиелонефрита, аднексита, простатита и снижения половой функции на фоне хламидийной, герпетической инфекции, сифилиса и трихомониаза.

Изменения биохимических показателей у больных ХГС, инфицированных ВИЧ показаны в таблице 2. Содержание билирубина и его фракций у больных ХГС в III стадии ВИЧ-инфекции находилось в пределах нормы. Уровень АлАТ был умеренно повышен и составлял $96,2 \pm 14,6$ ($P < 0,001$). Тимоловая проба также превышала контрольные показатели, равная в среднем $9,4 \pm 1,32$ ЕД ($P < 0,001$). Изучение содержания белка и белковых фракций выявило небольшую, в сравнении с контролем, гипопротеинемию, содержание альбуминов и γ -глобулинов было в норме.

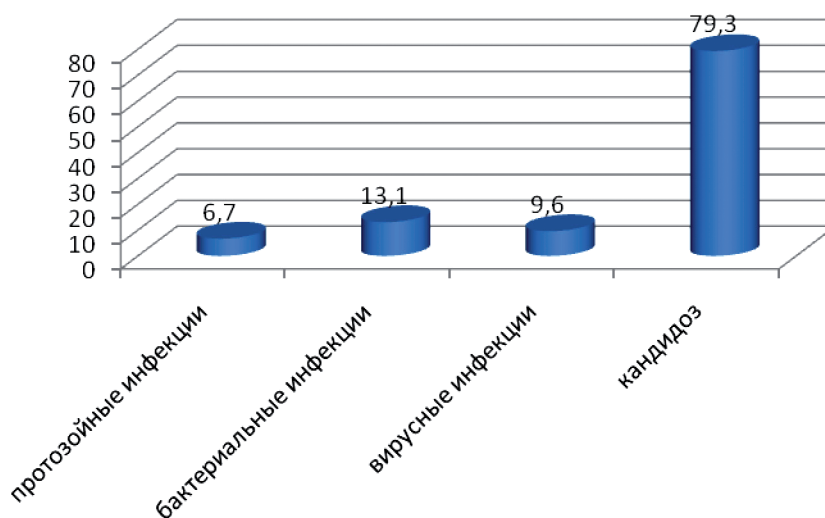


РИС.2. НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПОРАЖЕНИЯ ЖКТ У БОЛЬНЫХ ХГС, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

В IV стадии ВИЧ-инфекции у больных ХГС наблюдались более выраженные изменения биохимических показателей, проявляющиеся небольшой гипербилирубинемией (общий билирубин $44,2 \pm 3,24$ мкмоль/л, конъюгированный - $23,8 \pm 2,46$ мкмоль/л), значительным повышением уровня АлАТ, составившим $507,8 \pm 81,8$ (Pn < 0,001), что достоверно превышало соответствующие показатели больных ХГС в латентной стадии ВИЧ-инфекции (Pх < 0,001). Средний уровень тимоловой пробы был также несколько выше, чем в предшествующую стадию. Изучение белкового спектра крови выявило досто-

верно низкий уровень общего белка и альбуминов по сравнению с нормой и соответствующими показателями больных ХГС в III стадии ВИЧ-инфекции (рп < 0,001). В то же время содержание γ – глобулинов имело тенденцию к росту, составляя $20,8 \pm 1,5\%$ (рп < 0,05).

ТАКИМ ОБРАЗОМ, ВГС у ВИЧ-инфицированных пациентов проявляется очень слабо, диагноз подтверждается лабораторно, так как на первый план выходят симптомы наркозависимости и тяжёлые сопутствующие заболевания.

ТАБЛИЦА 2. БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ХГС, СТРАДАЮЩИХ НАРКОМАНИЕЙ

Показатель	Контроль	Стадии ВИЧ-инфекции	
		Субклиническая Стадия (n=32)	Стадия вторичных проявлений (n=26)
Общий билирубин, мкмоль/л	$11,7 \pm 0,44$	$14,2 \pm 1,531$	$41,2 \pm 3,22^{***}$
Прямой билирубин, мкмоль/л	$5,6 \pm 0,12$	$6,3 \pm 0,6$ Pх < 0,001	$22,6 \pm 2,65^{***}$
АлАТ, ед/л	$32,0 \pm 1,79$	$96,8 \pm 11,2^{***}$ Pх < 0,001	$524,3 \pm 87,4^{***}$
Тимоловая проба, ЕД	$2,38 \pm 0,18$	$9,6 \pm 1,22^{***}$	$12,4 \pm 1,34^{***}$
Общий белок, г/л	$71,60 \pm 0,67$	$65,2 \pm 2,24^{**}$ Pх < 0,001	$53,8 \pm 2,50^{***}$
Альбумины, %	$58,6 \pm 0,44$	$55,1 \pm 2,1$ Pх < 0,001	$41,3 \pm 2,26^{***}$
γ – глобулины, %	$17,60 \pm 0,27$	$16,6 \pm 1,36$ Pх < 0,05	$20,3 \pm 1,5^*$

Примечание: Pn – статистическая значимость различий по отношению к норме; * < 0,05, ** < 0,01, *** < 0,001; Pх – достоверность различий соответствующих показателей больных ХГС в латентной стадии ВИЧ-инфекции и больных ХГС в стадии вторичных проявлений



ЛИТЕРАТУРА

1. Бобкова М.Р. Возможные механизмы взаимного влияния инфекций, вызываемых ВИЧ и вирусом гепатита С / М.Р. Бобкова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2002. - №5. - 104-116
2. Pineda J.A. HIV coinfection shortens the survival of patients C virus-related decompensated cirrhosis / J.A.Pineda [et al.] // Hepatology. -2005.- 41(4):779-789
3. Alberti A. Short statement of first European Consensus Conference on the treatment of chronic hepatitis B and C in HIV co-infected patients/ A.Alberti [et al.] // J. Hepatology 2005. - May: 615-624
4. Soriano V. Spontaneous viral clearance, viral load and genotype distribution of hepatitis C virus (HCV) in HIV- infected patients with anti-HCV antibodies in Europe / V.Soriano [et al.] // J Infect Dis 2005; 192: 992-1002
5. Scott J. Hepatitis C virus co – infection is associated with higher risk of death due to HIV and liver-related disease among an HIV – infected cohort /J.Scott [et al.] // Program and abstracts of the 13th Conference on retroviruses and opportunistic infections? Febr. -5-8, 2006; Denver, Colorado. - Denver, 2006. Abstract 865
6. Weber R. Liver – related deaths among HIV-infected persons. Data from the D: A: D study /R.Weber [et al.] // Program and abstracts of the European AIDS clinical society, 10th European conference; November 17-20, 2005/ Dublin, Ireland. – Dublin, 2005. Abstract. PE18/4/7

Summary

Features of chronic hepatitis c currency in HIV-infected patients

A.A. Mahmanurov, R.A. Tursunov, M.M. Abdikerimov, A.A. Suvanbekov, G.J. Sattarova

Chronic viral hepatitis (CH) of C in HIV-infected proceeds in hidden form, as addiction masked the symptoms, which creates difficulties in the diagnosis and treatment. Describing the clinical manifestations of HCV in co-infected patients should take into account the stage of HIV infection. The main pathology of the lungs in patients with CHC with AIDS was tuberculosis (51.4%). Candidiasis, as a frequent pathology (45.2%) met both in stage III of HIV infection, and in stage IV.

The lesions of the skin and mucous membranes were detected in a significant number of patients: a phase III - 20.7% in IV A - at 72.4%, while in the stage of AIDS - in 96.5% of cases.

Key words: HIV infection, chronic hepatitis, skin lesions and mucous membranes, biochemical tests, drug addiction

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

А.А. Махмануров - доцент кафедры терапевтической дисциплины – 1 КРСУ; Республика Кыргызстан, г. Бишкек, н/с Арча-Бешик, ул. Кок –Добо 203 К
E-mail: Amahmanurov@mail.ru



Профилактика противоправных и суицидальных действий больных с синдромом зависимости от алкоголя

Н.М. Шаропова, Г.Б. Хасанова, И.Ф. Холбоев

Кафедра психиатрии и наркологии им. проф. М.Г.Гулямова ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Важность исследования алкоголизма, как причины противоправных действий и суицидального поведения с учётом клинико-динамических параметров заболевания определяется не только их достаточно высоким удельным весом, но и необходимостью совершенствования путей профилактики гетеро- и аутоагрессивных действий больных алкоголизмом.

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя, алкоголизм, наследственная отягощённость, группа риска

АКТУАЛЬНОСТЬ. По данным ВОЗ, алкоголь является причиной 3,5% случаев смертности и недееспособности в мире [1,2]. Высокая распространённость алкоголизма в России определяет необходимость разработки эффективных мер профилактики и комплексной реабилитации данного контингента больных [3]. Важным аспектом при этом является знание особенностей условий формирования, клинических проявлений, течения и прогноза заболевания у больных различных возрастных и социальных групп. Статистические данные свидетельствуют о высоком уровне самоубийств в России. При этом роль алкоголя в реализации суицидальных тенденций подчёркивается многими исследователями [4-6], что указывает на необходимость всестороннего исследования данной проблемы.

Одним из наименее изученных является вопрос, отражающий особенности алкоголизма позднего возраста (45-50 лет) у мужчин и их суицидальную активность. Анализ проводимых исследований последних лет отчасти освещает некоторые из существующих проблем, в большинстве случаев лишь ограничиваясь вопросами экстренной наркологической помощи. Немногочисленны данные, свидетельствующие о роли наследственности, структуры семьи, преморбидных характерологических особенностей больных. Между тем, требуют более глубокого исследования условия и особенности формирования алкоголизма, психологические факторы возникновения алкогольной зависимости от клинических особенностей, течения и прогноза

заболевания. В свете вышеизложенного представляются актуальными исследования, направленные на более глубокий анализ суицидального поведения больных алкоголизмом позднего возраста и разработку эффективных подходов к его коррекции и профилактике.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: комплексный анализ основных клинико-динамических характеристик и закономерностей формирования суицидального поведения мужчин больных алкоголизмом позднего возраста с разработкой принципов профилактики, коррекции и реабилитации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Нами было проведено клинико-статистическое исследование в Республиканском клиническом центре наркологии им. проф. М.Г.Гулямова на 75 больных алкоголизмом мужского пола за последние 5 лет, средний возраст которых составляет 45-50 лет. Из них 50 больных совершивших противоправные действия и 25 с суицидальным поведением. Изучено влияние клинико-динамических показателей больных алкоголизмом на частоту и характер противоправных действий и суицидального поведения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Наиболее тяжкие противоправные действия совершаются больными с синдромом зависимости от алкоголя с давностью заболевания 10-15 лет (акты судебно-наркологической экспертизы, медицинские карты амбулаторного наркологического больного) (табл.1).


ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С ПРОТИВОПРАВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ (по г.Душанбе за 2006-2010гг.)

Районы	Кол-во	Средний возраст	Стаж алкоголизма	Вид противоправных действий
Шохмансур	15	45-47	10-15	1. Хулиганство 2. Нанесение тяжких телесных повреждений 3. Убийство
Фирдавси	9	46-49	10-12	1. Хулиганство 2. Нанесение тяжких телесных повреждений 3. Кража
Сино	15	45-50	10-12	1. Хулиганство 2. Нанесение тяжких телесных повреждений 3. Убийство 4. Кража
Сомони	11	47-50	10-15	1. Хулиганство 2. Нанесение тяжких телесных повреждений
Всего	50	45-50	10-15	1. Хулиганство 2. Нанесение тяжких телесных повреждений 3. Убийство 4. Кража

Изменения характера опьянения с включением в его клиническую картину проявлений эпилептоидности и возбудимости повышает риск совершения ими противоправных действий.

Если среди контингента больных совершивших тяжкие противоправные действия преобладают больные с возбудимой (56%) и эпилептоидной (16%) формами простого алкогольного опьянения, то при

простой и депрессивной (10%) формах опьянения подобные противоправные действия совершались крайне редко (табл.2).

Истинные незавершённые и завершённые суициды (тяжкие аутоагрессивные действия) совершаются больными с синдромом зависимости от алкоголя с давностью заболевания от 10 до 20 лет (табл.3).

ТАБЛИЦА 2. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С ПРОТИВОПРАВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ АГРЕССИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Вариант нарушения	Повышенный уровень агрессивности		Средний		Отсутствие признака агрессивности		Всего от общей группы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возбудимый	20	40	8	16	0	0	28	56
Эпилептоидный	4	8	4	8	0	0	8	16
Торпидный	0	0	2	4	2	4	4	8
Астенодистимический	0	0	2	4	3	6	5	10
Депрессивный	0	0	2	4	3	6	5	10
Итого...	24	48	18	36	8	16	50	100



ТАБЛИЦА 3. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ (по г.Душанбе за 2006-2010гг.)

Районы	Кол-во	Средн. возраст	Стаж алкогол.	Способ суицида	Мотивы суицида	Заверш.	Незаверш.
Шохмансур	4	45-48	10-18	1. Самоповешение 2. Ножевое ранение	1. Сем. быт. 2. Психич. расстр.	0	4
Фирдавси	8	46-50	15-20	1. Самоповешение 2. Падение с высоты 3. Ножевое ранение	1. Сем. быт. 2. Психич. расстр.	1	7
Сино	5	45-50	10-12	1. Самоповешение 2. Ножевое ранение	1. Сем. быт. 2. Психич. расстр.	0	5
Сомони	8	47-49	12-20	1. Самоповешение 2. Падение с высоты 3. Ножевое ранение	1. Сем. быт. 2. Психич. расстр.	2	6
Всего	25	45-50	10-20	1. Самоповешение 2. Ножевое ранение 3. Падение с высоты	1. Сем. быт. 2. Психич. расстр.	3	22

ТАБЛИЦА 4. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ АГРЕССИВНОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Вариант нарушения	Повышенный уровень агрессивности		Средний		Отсутствие признака агрессивности		Всего от общей группы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возбудимый	4	16	2	8	0	0	6	24
Эпилептоидный	1	4	2	8	2	8	5	20
Торпидный	0	0	2	8	1	4	3	12
Астенодистимический	0	0	1	4	4	16	5	20
Депрессивный	4	16	2	8	0	0	6	24
Итого...	9	36	9	36	7	28	25	100

Изменение характера опьянения с включением в его клиническую картину депрессивных и возбудимых расстройств повышает риск совершения ими суицидальных действий. Для этого контингента больных свойственны также астенические и дистимические изменения личности, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией (табл.4).

Больные с вышеуказанными клинико-динамическими параметрами заболевания, совершившие тяжкие противоправные и суицидальные действия, составляют «группы риска» по отношению к гетеро- и аутоагрессивным действиям, диктуют не-

обходимость разработки профилактических мероприятий по их предотвращению.

Установленные нами «группы риска» в отношении противоправных действий и тяжёлых форм суицидального поведения требуют изменения подхода в осуществлении диспансерного учёта и динамического наблюдения во внебольничных наркологических учреждениях в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РТ от 07.08.2006г. №485. Диспансерный учёт контингента больных «группы риска», склонных к совершению тяжких противоправных и аутоагрессивных дей-



ствий, нуждается в усилении его профилактической направленности за счёт выделения данного контингента больных алкоголизмом в самостоятельную подгруппу динамического наблюдения. В последнюю следует также включить больных алкоголизмом, совершавших ранее противоправные и суицидальные действия. Для удобства работы с медицинской документацией этих больных (медицинская карта амбулаторного наркологического больного – форма №025, учёт, и контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больными – форма №030-2/учёт) целесообразно обозначить её особой цветной маркировкой. Необходимо пересмотреть и периодичность осмотров больных из «группы риска» по отношению к противоправным и суицидальным действиям. Частота последних должна составлять при длительности ремиссии до 2 лет не реже одного раза в месяц. Больных с ремиссией свыше 2 лет следует наблюдать не реже одного раза в 3 месяца. В отношении больных из «групп риска» целесообразно проведение активного противоалкогольного лечения в стационарных условиях не реже 2 раз в год (при этом, не нарушая Закон РТ «О наркологической помощи», 2004г.).

Немаловажную роль играет и профилактическое противорецидивное лечение. Наиболее рациональной формой организации динамического диспансерного наблюдения данного контингента лиц является создание «кабинетов активного диспансерного наблюдения» в рамках наркологических центров с введением в штат такого кабинета врача-психиатра, клинического психолога, социального работника, медицинскую сестру и обязательное обеспечение этой команды автотранспортом.

Для больных с неустойчивой установкой на воздержание от алкоголя при наличии отрицательного поведения, окружающей микросреды наиболее эффективным является поддерживающее лечение сенсibiliзирующими к алкоголю препаратами (тетурам, фурадонин, метронидазол, колме) [7]. Принимая во внимание тот факт, что применение тетурама, фурадонина и др. препаратов в таблетках и порошках для поддерживающей терапии затрудняет контроль за их приёмом, можно имплантировать препарат «Эспераль» [6]. Не надо исключать возможности проведения данного метода лечения путём применения плацебо.

Учитывая, что в механизме противоправных действий и суицидального поведения больных с синдромом зависимости от алкоголя, важная роль наряду с мотивационным фактором, принадлежит характеру алкогольного опьянения, в клинической картине которого выступают изменения личности, обусловленные хронической алкогольной интоксикацией, противоалкогольное лечение следует проводить в строгом соответствии с их особенностями. В комплексе медико-социальных мероприятий по профилактике противоправных действий и аутоагрессивного поведения этих больных важное место должно занимать лечение нейрорепрессантами и препаратами нейрометаболического действия. У лиц с истерическим, эксплозивным и синтонным типами изменений личности целесообразно применять неупелтил (10-30мг), клопиксол (2-4 мг), при астеническом типе – сиднокарб (20-30мг), сибазон (10-15 мг), при дистимическом – анафранил (50-100мг), амитриптилин (50-75мг), ципролекс (10-15 мг), феварин (50-100мг) коаксил (5-10мг). Для корригирования амнестического синдрома эффективным является применение ноотропных препаратов (пирацетам, ноотропил, фезам), которые назначаются внутрь, в течение 20-30 дней по 2 капсулы 3 раза в день.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, у мужчин, страдающих алкоголизмом с молодого возраста, часто противоправная активность проявляется в виде угроз, шантажа, рентных форм, на фоне высокой возбудимости и склонности к импульсивному поведению. Суицидальное поведение в период развития синдрома отмены определялось наличием нарушений неврологического уровня в виде возбудимого, тревожно-депрессивного, астено-депрессивного и дисфорического синдромов.

Необходимо признать целесообразным установление тесного контакта участкового врача-нарколога, психиатра или семейного врача с родственниками больных, склонных к противоправным действиям и суицидальному поведению, с целью своевременного установления факта рецидива заболевания и незамедлительного принятия мер для проведения своевременного лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Monteiro M. Alcohol policies and developing countries / M. Monteiro // J. Subst. Use. -2000. Vol. 5, № 1. - P. 1
2. Statement regarding the creation of Global Advocacy network for Alcohol Polity // Globe (Gr. Brit.). -2000. Spec. ed. - P. 71-72
3. Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов // Вопр. Наркологии. -2001. - № 2. - С. 52-64
4. Амбрумова А.Г. Клинико-статистический анализ суицидальных попыток по г. Москве / А.Г. Амбрумова, В.М. Гилод. – 1996. -87с.
5. Амбрумова А.Г. Психология самоубийства / А.Г. Амбрумова // Социал. и клинич. психиатрия. -1996. - Том 6, № 4. - С. 14-20.
6. Бохан Н.А. Причины летальных исходов при алкоголизме (обзор литературы) / Н.А. Бохан, Н.Н. Максименко, А.И. Мандель // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2003. - № 3. - С. 87-94
7. Кинкулькина М.А. Поддерживающая терапия больных хроническим алкоголизмом: опыт длительного применения коаксила / М.А. Кинкулькина // Психиатрия и психофармакотерапия. -2003. -№4. -С. 149-152

Summary

Preventing antilegal and suicidal actions in patients with the syndrome of alcohol dependence

N.M. Sharopova, G.B. Khasanova, I.F. Holboev

The importance of studying alcoholism as a cause of antilegal acts and suicidal behavior in the light of clinical and dynamic parameters of the disease is determined not only by their relatively high specific gravity, but the need for improved ways to prevent hetero- and auto-aggressive actions of alcoholics.

Key words: the syndrome of alcohol dependence, alcoholism, family history, risk group

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Н.М. Шаропова – заведующая кафедрой психиатрии и наркологии им. проф. М.Г. Гулямова ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. 40 лет Победы
E-mail: Sharopova@yandex.ru



Терапия псориаза препаратом «Картан»

Р.Д. Дадабаев, П.Т. Зоиров, М.Г. Мухидинова

Кафедра дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В работе приводится оценка эффективности и безопасности применения препарата «Картан» при лечении 50 больных псориазом. Для оценки эффективности лечения был использован индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index, 1978). Полученные данные подтверждают, что разработанный метод лечения псориаза способствует коррекции апоптоза, положительно влияет на течение дерматоза. Клиническая ремиссия достигнута у 48%, значительное клиническое улучшение - у 44% и клиническое улучшение - у 8 % больных.

Ключевые слова: псориаз, апоптоз, препарат «Картан»

ВВЕДЕНИЕ. Разработка новых, патогенетически обоснованных методов лечения псориаза остаётся актуальной проблемой современной дерматологии в связи с хроническим рецидивирующим течением, нередко приводящим к длительной нетрудоспособности больных, а также увеличению числа пациентов с тяжёлыми формами заболевания [1-3]. Эффективное лечение псориаза базируется сегодня на использовании иммуносупрессивных препаратов, антагонистов фактора некроза опухолей, иммуномодулирующих препаратов. Однако, каждый из этих, применяемых при псориазе методов, при различной эффективности не лишён тех или иных, иногда серьёзных побочных эффектов, и до конца не избавляет пациентов от возникновения очередных рецидивов заболевания, что придаёт несомненную актуальность дальнейшей разработке новых лечебных методик [3].

В дерматологии существует мнение, что при псориазе имеет место нарушение апоптоза (запрограммированная гибель клеток). Причиной нарушений пролиферации и дифференцировки кератиноцитов могут быть непосредственное действие продуктов, секретированных мигрировавшими в эпидермис лейкоцитами, или опосредованное влияние, вызывающее продукцию клетками кожи собственных цитокинов и факторов роста [1-4]. Среди названных факторов большое значение отводится фактору некроза опухолей (ФНО- α), как провоспалительному цитокину, который интегрирует многие биологические процессы [4]. Источником продукции ФНО- α служат макрофаги, моноциты, Т-лимфоциты, нейтрофилы и кератиноциты. Фактор некроза опухолей является активным индуктором апоптоза, играет ключевую роль в процессе эмбрионального развития, ремоделирования, а также нормального обнов-

ления тканей. Кератинизация - типичный процесс обновления ткани, также рассматривается современными исследователями как процесс апоптоза, а нарушение процесса кератинизации является характерным признаком псориаза. Морфологическая суть последнего заключена в ускорении деления клеток эпидермиса, и это заболевание рассматривают как проявление гиперпластического потенциала кожи [4,5].

Одним из препаратов, действие которого направлено на подавление апоптоза и нормализацию процесса кератинизации является «Картан» (фирма Demo Grecia), содержащий в своём составе левокарнитин. L-карнитин - природное вещество, родственное витамину группы В. Он участвует в процессах обмена веществ в качестве переносчика жирных кислот через клеточные мембраны из цитоплазмы в митохондрии, где подвергается процессу бета-окисления с образованием большого количества метаболической энергии в форме аденозинтрифосфата.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: оценка эффективности и безопасности применения препарата «Картан» при лечении больных псориазом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Под наблюдением находились 50 больных псориазом в возрасте от 16 до 58 лет, мужчин - 20, женщин - 30. Первый тип псориаза встречался у 30, а второй тип - у 20 больных. Из 30 больных 1 типом болезни женщин было 15, мужчин - 15. В возрасте от 16 до 20 лет было 10 больных, от 21 до 25 - 10, от 26 до 35 - 10, от 36 до 45 - 10 и от 46 до 58 - 10 больных. Больных жителей города было 35, села - 15. Прогрессирующая стадия заболевания наблюдалась у 10, стационарная - у 35, регрессирующая - у 5 пациентов. У 35 больных процесс носил

распространённый характер, у 15 - локализованный. У 10 больных заболевание впервые началось осенью, у 20 - зимой, у 12 - весной и у 8 - летом. Причиной очередного рецидива заболевания явились: ОРВИ - у 36%, нервно-психические потрясения - у 60%, беременность и роды - у 4% больных. Следует отметить, что у 23 (46%) пациентов псориаз носил семейный характер. Обычная форма псориаза диагностирована у 90%, эксудативная - у 10% больных.

В зависимости от методов лечения все больные были разделены на 2 идентичные по возрасту, полу и форме заболевания группы. В основную группу вошли 25 пациентов (пациенты с 1 типом псориаза - 15, со 2 типом - 10), которые получали «Картан» инъекционно по 5 мл 1 раз в/м - 20 дней, затем «Картан питьевой» по 10 мл 2 раза до еды - 10 дней. Контрольную группу составили 25 больных (с 1 типом псориаза - 15, со 2 типом - 10), получивших традиционное лечение. Терапия в контрольной группе заключалась в применении десенсибилизирующих, седативных, антигистаминных препаратов, а также назначали местную, иммуномодулирующую, витамин- и пиротерапию. При эксудативном варианте псориаза пациенты получали антибиотикотерапию. Эффективность лечения определяли по динамике индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index, 1978), а также по количеству больных, достигших стадию клинической ремиссии, значительного клинического улучшения (КУ), КУ, незначительного КУ и не имевших эффекта от проведённой терапии.

Оценивались следующие клинические исходы: клиническое ухудшение - появление новых элементов; без изменений - снижение шкалы PASI на 10-30% от исходного уровня; незначительное клиническое улучшение - снижение шкалы PASI на 31-50% от исходного уровня; клиническое улучшение - снижение шкалы PASI на 51-75% от исходного уровня; значительное клиническое улучшение - снижение шкалы

PASI на 76-95% от исходного уровня; выздоровление (клиническая ремиссия) - снижение шкалы PASI на 96-100% от исходного уровня [5].

Статистическая обработка полученных в ходе исследования результатов осуществлялась программой SPSS11,0. Достоверность различий определяли с помощью t-критерия Стьюдента. Уровень достоверности соответствовал 95% ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В сравнительной группе у пациентов с 1 типом псориаза индекс PASI был равен $22,8 \pm 3,8$; а у больных со 2 типом псориаза - $23 \pm 2,9$. Подсчёт баллов по PASI производили до и после лечения.

В динамике лечения имевший место зуд кожи у 15 пациентов стал менее интенсивным, а затем полностью исчез: у 5 больных (больные 2 типом псориаза) на 6 день лечения, а у 10 (пациенты с 1 типом псориаза) на 9 день лечения. Регресс псориазических высыпаний начался с 6-го дня у больных 1 типом псориаза и с 4-го дня у больных 2 типом псориаза. Уменьшение и разрешение эритемы у больных 1 типом происходило медленнее, чем у больных 2 типом - в среднем на 10 сутки лечения (против 6 суток). Эффективность лечения не зависела от размеров элементов. Следует отметить, что рассасывание элементов начиналось в основном равномерно по всей площади элементов. На коже туловища узелки рассасывались быстрее, чем на других участках кожного покрова. Под влиянием проведённой терапии индекс PASI достоверно ($p < 0,01$) снизился и был равен у больных 1 типом псориаза $10,5 \pm 5,7$; 2 типом - $5,1 \pm 1,7$ (рис.1).

В результате лечения больных традиционным методом (табл. 1) клиническая ремиссия достигнута у 28%, значительное улучшение - у 36%, улучшение - у 20% больных и незначительное улучшение - у 16% больных.

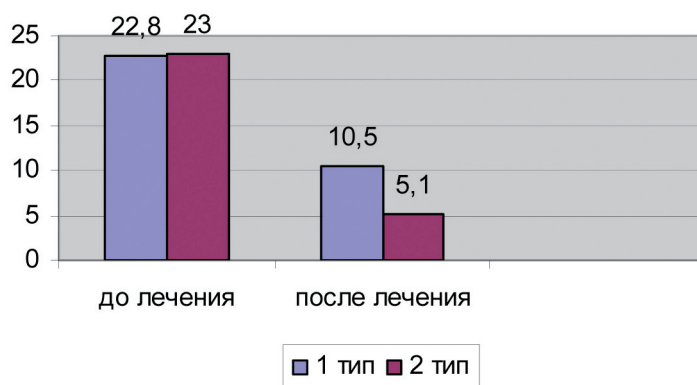


РИС. 1 ДИНАМИКА ИНДЕКСА PASI У БОЛЬНЫХ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ГРУППЫ



**ТАБЛИЦА 1. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ 1 И 2 ТИПАМИ ПСОРИАЗА
ТРАДИЦИОННЫМ МЕТОДОМ**

№	Клинические результаты	Всего	%	Сравнительная группа (n=25)	
				1 тип (n=15)	2 тип (n=10)
1.	Клиническая ремиссия	7	28	4	3
2.	Значительное улучшение	9	36	5	4
3.	Улучшение	5	20	2	3
4.	Незначительное улучшение	4	16	4	0

В основной группе у пациентов с 1 типом псориаза индекс PASI был равен $25,3 \pm 8,9$; а у больных со 2 типом псориаза - $23,8 \pm 3,6$. Первым признаком положительного влияния лечения было прекращение появления свежих высыпаний, которое наступило у больных 2 типом псориаза на 4, а у больных 1 типом - на 7 сутки лечения.

В динамике лечения у 50% больных 2 типом псориаза зуд исчез на 5 день лечения, а у 60% пациентов 1 типом псориаза - на 8 день лечения. Регресс псориазических высыпаний начался с 5-го дня у больных 1 типом псориаза и с 3-го дня у больных 2 типом псориаза. Уменьшение и разрешение эритемы у больных 1 типом происходило также медленнее, чем у больных 2 типом - в среднем на 12 сутки лечения. Эффективность лечения не зависела от размеров элементов. Рассасывание узелков начиналось в основном равномерно по всей площади элементов. После проведенной терапии индекс PASI достоверно ($p < 0,04$) снизился, у больных 1 типом псориаза он достиг $7,5 \pm 1,7$; а у больных 2 типом ($p < 0,03$) - $3,1 \pm 1,7$ (рис. 2).

Применение препарата «Картан» в терапии псориаза позволило достичь клинического эффекта у значительного количества наблюдавшихся больных (табл.2). Так, клиническая ремиссия достигнута у 12 (48%), значительное клиническое улучшение - у 11

(44%), клиническое улучшение - у 2 (8%) больных. Переносимость лечения была хорошая, осложнений и побочных явлений не наблюдалось.

Анализ результатов лечения больных основным и традиционным методом показал, что наилучшие результаты достигнуты в основной группе. Так, случаи клинической ремиссии и значительного клинического улучшения преобладают в основной группе (48% против 28% и 44% против 36% соответственно).

Сравнение результатов лечения больных 1 и 2 типом псориаза показало, что независимо от выбранного метода более эффективным оказалось лечение больных вторым типом псориаза. Так, в результате терапии больных основным методом, клиническая ремиссия достигнута у 40% больных 1 типом и 60% больных 2 типом псориаза, значительное клиническое улучшение - у 46% и 40% соответственно, клиническое улучшение - у 14% больных с 1 типом псориаза.

В результате лечения больных традиционным методом, клиническая ремиссия достигнута у 26% пациентов с 1 типом и 30% со 2 типом псориаза, значительное клиническое улучшение - у 34% и 40% соответственно, клиническое улучшение - у 14% и 30% соответственно. Незначительное улучшение отмечалось у 26% больных с 1 типом псориаза.

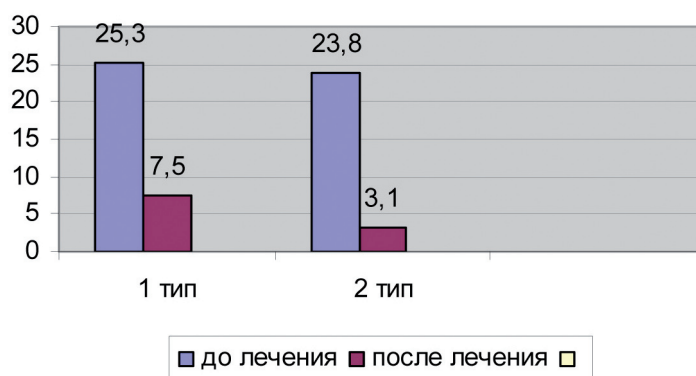


РИС. 2. ДИНАМИКА ИНДЕКСА PASI У БОЛЬНЫХ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ



ТАБЛИЦА 2. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ 1 И 2 ТИПОМ ПСОРИАЗА ПРЕПАРАТОМ «КАРТАН»

№	Клинические результаты	Всего	%	Основная группа (n=25)	
				1 тип (n=15)	2 тип (n=10)
1.	Клиническая ремиссия	12	48	6	6
2.	Значительное улучшение	11	44	7	4
3.	Улучшение	2	8	2	0

ТАКИМ ОБРАЗОМ, применение препарата «Картан» при лечении больных псориазом оказалось более эффективным по сравнению с традиционным лечением. Данная терапия при псориазе позволяет достичь положительных клинических результатов, может применяться как в условиях стационара, так и амбулаторно. Независимо от выбранного метода более эффективным оказалось лечение больных со вторым типом псориаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазова Т.В Особенности ангиогенеза у больных экссудативной формой псориаза / Т.В. Айвазова, Н.Е. Кушлинский, Ю.Н. Перламуртов // Клиническая дерматология и венерология, -2008, - №3, - С. 8-11
2. Barker J.N. Immunogenetics of psoriasis/ J.N. Barker // Immunology, -2004. - Vol. 113, 1. -P. 92-93
3. Gottlieb A.B. Expression of HLA-DR molecules by keratinocytes and presence of Langerhans cells in the dermal infiltrate of active psoriatic plaques / A.B. Gottlieb, B.Lifshtz, S.M. Fu // J. Exp. Med. 1986. - Vol. 164. P. 1013 - 1028
4. Graves Tumor Necrosis Factor- a Mediates Diabetes-Enhanced Apoptosis of Matrix-Producing Cells and Impairs Diabetic Healing / Liu Rongkun [et al.] // American Journal of Pathology. 2006. - Vol. 168,3. P.1019-1025
5. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии /В.П. Адаскевич. -М.: - 2004. - 100с.

Summary

Treatment of psoriasis by preparation «Cartan»

R.D. Dadabaev, P.T. Zoirov, M.G. Muhidinova

This article presents an evaluation of the efficacy and safety of the drug «Cartan» in the treatment of 50 patients with psoriasis. Index PASI (Psoriasis Area and Severity Index, 1978) to evaluate the efficacy was used. The results confirm the method promotes correction of apoptosis, positively influences to the course of dermatosis. Clinical remission was achieved in 48%, a significant clinical improvement - 44% and clinical improvement - 8% of patients.

Key words: psoriasis, apoptosis, drug «Cartan»

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Р.Д. Дадабаев - доцент кафедры дерматовенерологии ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Плеханова д.36, индекс: 734017
E-mail: dadabaev rahim@mail.ru



Влияние солнечной активности на динамику возникновения острого инфаркта миокарда и его осложнения

Х.Э. Рахмонов, Ф.И. Одинаев, С.Р. Эмомов

Республиканский клинический центр кардиологии МЗ РТ

В работе проведен анализ частоты возникновения острого инфаркта миокарда (ОИМ) и его осложнений по числу госпитализации 4203 больных в 23-й солнечный цикл с 2001 по 2010гг. Эти годы приходятся на фазы максимума (2001–2002гг.) и минимума (2005–2010гг.) солнечной активности согласно показателям, характеризующим солнечную активность по числу Вольфа (W^*).

Сопоставлением случаев госпитализации больных с ОИМ и его осложнениями с показателями солнечной активности установлено, что в годы максимума солнечной активности учащаются случаи госпитализации больных с ОИМ, так и инфаркт миокарда, который протекает более тяжело, зачастую сопровождается осложнениями и летальными исходами, что необходимо учитывать в прогностическом плане и проведении профилактических мероприятий.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, геомагнитная активность, число Вольфа

АКТУАЛЬНОСТЬ. Несмотря на многолетний накопленный опыт, результаты экспериментальных, клинических и лабораторных исследований, проблема влияния вариаций геомагнитной активности на течение сердечно-сосудистой патологии, продолжает оставаться весьма актуальной [1].

Одной из главных «мишеней» при воздействии геомагнитного поля Земли на организм человека является сердечно-сосудистая система и установлено существование достоверной корреляции между сердечно-сосудистыми заболеваниями, частотой развития их осложнений с вариациями геомагнитного поля [1–6].

Сопоставление показателей, характеризующих возникновение острого инфаркта миокарда с соответствующими по времени космофизическими факторами, выявило определённую, достоверную корреляцию. В связи с этим показатели космофизических факторов можно использовать при прогнозировании острого инфаркта миокарда [7]. Проанализировав более 30 тыс. случаев смерти от сердечно-сосудистой патологии за двухлетний период, пришли к выводу, что количество умерших от ОИМ увеличивается от 1,25 до 1,5 раз в дни с геомагнитным возмущением (ГВ). Обнаружено также, что максимальное количество внезапной коронарной смерти от ИМ в среднем за все годы приходится на

вторые сутки после ГВ. Возрастание количества инфарктов миокарда во время МБ является следствием нарушения биологических ритмов [1]. Наблюдение за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями в период с ГВ выявило, что у больных с ИБС осложнения наиболее встречаются в течение первых трех суток после начала возмущения. В дни МБ бури количество случаев ОИМ увеличивается в 2,2 раза, острого нарушения сердечного ритма в 2,0 раза, острых нарушений мозгового кровообращения в 1,83 раза [8]. На связь развития гипертонических кризов, приступов стенокардии, ОИМ, нарушений ритма сердца с изменением магнитного поля Земли периоды повышения площади солнечных пятен в дни хромосферных вспышек, на вторые сутки после них и в дни сильной МБ указывают другие исследователи [9,10]. Выявлено, что у больных с патологиями сердечно-сосудистой системы под влиянием ГВ ослабляется иммунитет, появляется психическое напряжение, сбиваются биоритмы, изменяется деятельность сердечно-сосудистой системы. У здоровых активизируется иммунная система, сохраняется или даже увеличивается работоспособность [11]. Отмечено, что сердце и сердечно-сосудистая система в состоянии патологии являются основной мишенью воздействия гелиогеофизической активности. Эффекты ГВ проявляются в возрастании числа заболеваний [12]. И хотя в литературе немало работ, посвящённых изучению зависимости развития инфаркта

миокарда от изменения солнечной активности, эта проблема в Республике Таджикистан, находящейся в других географических зонах и геомагнитной широте не изучена. Более того, имеется предположение об опосредованном влиянии вариации геомагнитной активности через природно-климатические условия местности [13].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оценить характер влияния геомагнитной активности на частоту развития инфаркта миокарда и его осложнений в реальных природно-климатических условиях Республики Таджикистан.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ: В работе предоставлены результаты исследования 4203 больных, госпитализированных в реанимационное отделение РКЦК в 2001-2010 гг. с диагнозом ОИМ, мужчин было 2936 человек (66,7%, средний возраст - $60,0 \pm 6,0$ лет), женщин - 1267 (33,2%, средний возраст - $64,0 \pm 7,0$ лет). В наблюдаемый период отмечено 287 (11,4%) случаев летального исхода.

Диагноз острого инфаркта миокарда был выставлен на основании наличия как минимум двух из следующих трёх критериев: характерной клинической картины, наличия ангинозного приступа, сопровождающегося с соответствующими изменениями на ЭКГ и лабораторных изменений маркёров миокардиального повреждения.

Исследование проведено путём простой статической обработки и сопоставления числа больных с ОИМ и его осложнениями, госпитализированных в разные периоды солнечной активности со средними годовыми значениями индекса солнечной активности - числом Вольфа (W^*). Основные характеристики

текущего цикла: начало фазы роста 23-го цикла - сентябрь 1996 ($W^*=8,0$); максимум относительного числа солнечных пятен - ноябрь 2001 г ($W^*=115,60$), фаза максимума солнечного цикла - май 2002 г. ($W^*=120,8$); начало фазы спада - июнь 2002 г. ($W^*=88,3$); фаза минимума солнечной активности с мая 2005 г. ($W^*=42,7$); За период исследования с 2001 по 2005 год зарегистрированы 22 солнечных вспышки по интенсивности потока излучения в диапазоне (1-12,5кэВ), с рентгеновским баллом $X \geq 3,0$ [14,15].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Наблюдение за динамикой 23-го цикла солнечной активности проводилось в течение 10 лет: с 2001 по 2010гг. (120 месяцев), что покрывало период максимума и спада солнечной активности. В 2001 году среднее значение числа Вольфа определялось по максимуму - 110,9. Начиная с 2002 года, средние годовые значения числа Вольфа стали постепенно снижаться и приближаться к своим минимальным показателям: в 2008 г. - 2,8 и в 2009 г. - 3,09. В 2005 году отмечены вспышки, сопровождающиеся большим количеством солнечных пятен (рис. 1).

Анализ динамики возникновения ОИМ и поступления больных в исследуемые годы показывает, что в годы с максимальными показателями солнечных пятен (2001-2005гг.) наблюдались относительно низкие показатели - 1734 (41,2%) возникновения случаев, в то время как в годы с минимальными показателями числа Вольфа (2006-2010гг.) наблюдалось 2469 (58,7%) случаев ОИМ доля случаев ОИМ в ИБС госпитализированных в РКЦК свидетельствует об обратном. Динамику госпитализации больных с остро возникшим инфарктом миокарда можно хорошо проанализировать на рисунке 2.

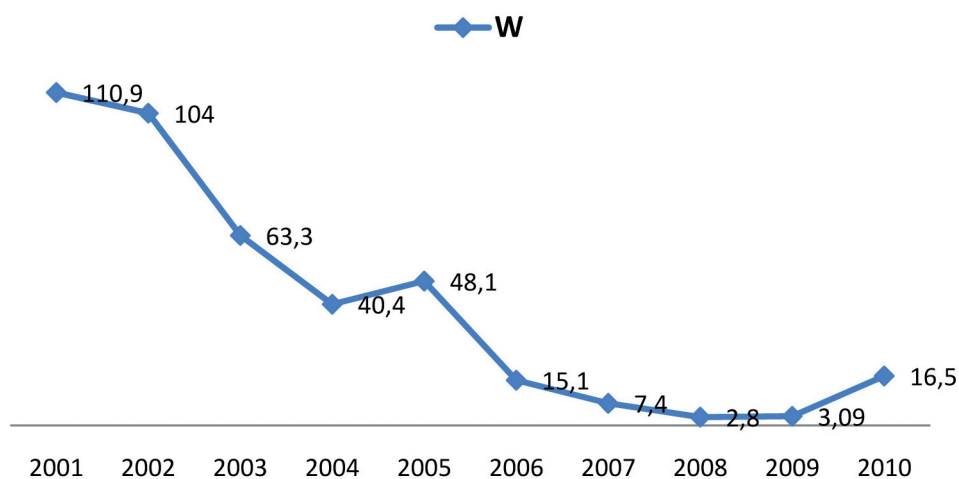


РИС.1. КРИВАЯ ЧИСЛА ВОЛЬФА НА ПЕРИОД ИССЛЕДОВАНИЙ

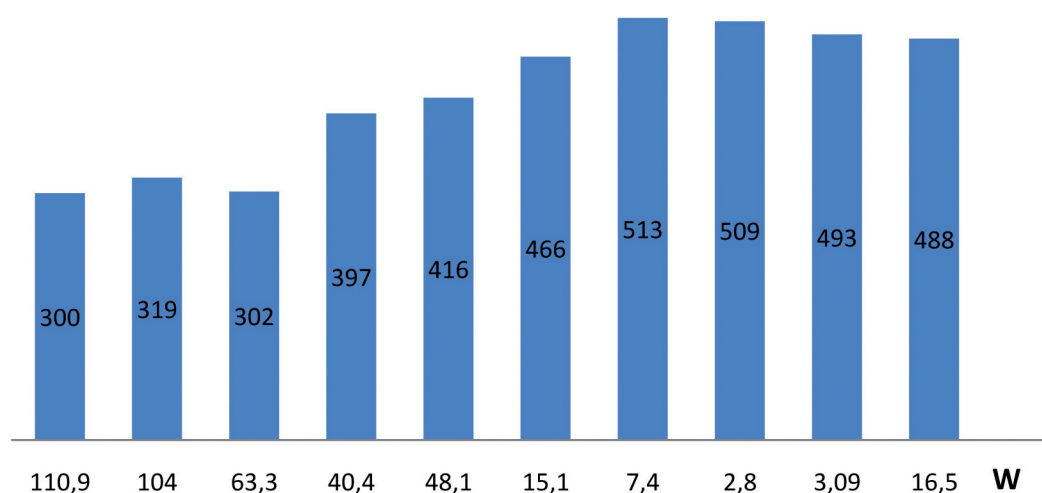


РИС.2. ДИНАМИКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОИМ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ (n=4203)

Сопоставление случаев возникновения ОИМ по числу госпитализированных больных в реанимационное отделение РКЦК с показателями солнечной активности индексом – числом Вольфа выявило некоторую зависимость. Для решения вопроса уточнения их взаимосвязи взята во внимание доля случаев ОИМ в структуре госпитализированных, в клинике у больных с ишемической болезнью сердца. Если в 2001 г. доля случаев ОИМ в структуре ишемической болезни сердца составила 22,8% то в последующие года, отмечаются следующие показатели: 2002 г.- 18,9%, в 2003 г. - 19,1%, в 2004 г. -16,6%, в 2005 г. - 17,7%, в 2006 г. - 17,3%, в 2007 г. - 18,4%, в 2008 г. - 16,4%, в 2009 г. -16,0% и в 2010 г. - 15,1%. Эту зависимость можно проанализировать на рисунке 3.

Таким образом, отмечается снижение доли ОИМ в структуре ишемической болезни сердца в клинике, в зависимости с минимальными значениями индекса солнечной активности числа Вольфа.

Наблюдения за госпитализированными больными показали, что инфаркты, возникающие в годы с максимальными показателями солнечных пятен различались по своей тяжести течения, сопровождались различными сложными, тяжёлыми осложнениями и летальными исходами. Для оценки данной ситуации были взяты во внимание также не абсолютные их цифры, а процентные отношения частоты осложнения от общего количества случаев ОИМ в году.

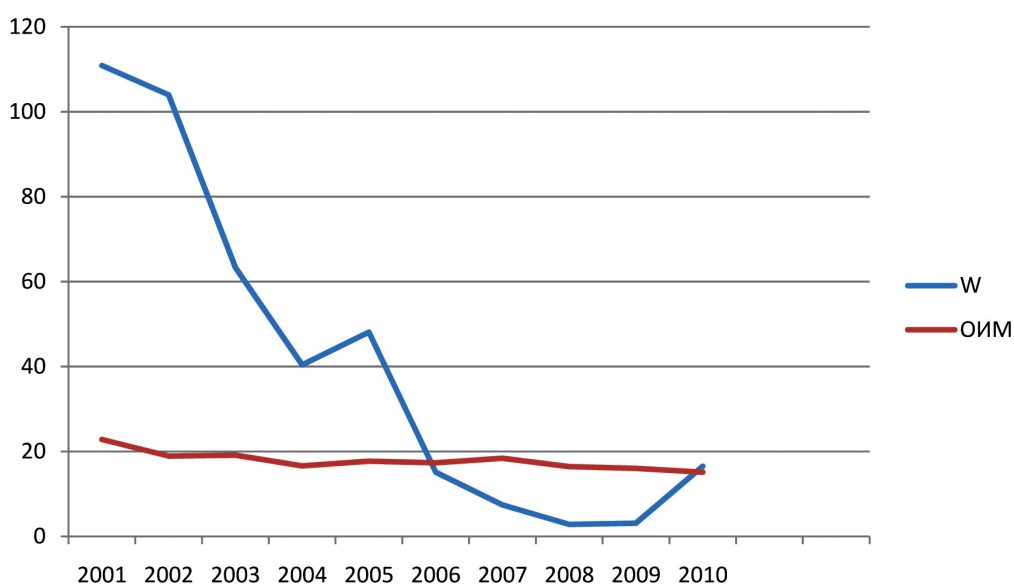


РИС.3. ЗАВИСИМОСТЬ СЛУЧАЕВ ОИМ С ИНДЕКСОМ ЧИСЛО ВОЛЬФА



ТАБЛИЦА. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ОСЛОЖНЕНИЯ ОИМ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ (% ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА СЛУЧАЕВ)

Годы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Пароксизмы Мерцательной аритмии, %	8,0	12,8	14,2	6,8	8,1	7,0	7,0	4,9	4,8	5,7
Пароксизмы фибрилляция желудочков, %	5,0	9,7	10,2	5,2	5,5	6,2	4,0	4,3	6,2	7,1
Нарушение проводимости	6,6	10,3	9,6	8,3	3,3	4,5	4,6	4,7	5,2	4,7
Кардиогенный Шок, %	12,6	18,8	9,6	13,6	7,6	12,2	13,6	8,8	6,6	11,0
Отёк лёгких, %	6,6	7,5	6,9	5,2	3,1	6,6	4,6	4,3	3,0	5,1
Летальные исходы, %	8,6	13,4	12,5	9,8	6,25	8,5	8,7	8,2	6,4	9,2

Анализ показателей развития осложнений остро́го инфаркта миокарда, таких как пароксизмы мерцательной аритмии (ПМА), фибрилляция желудочков (ФЖ), нарушения проводимости по типу атриовентрикулярных и синоаурикулярных блокад и летальные исходы показали, что максимальные показатели частот осложнений остро́го инфаркта миокарда и летальных исходов приходится на годы с максимальными показателями солнечной активности - числа Вольфа, что соответствует данным литературы [1,5,8].

Если сравнить годы с наиболее показательными результатами (2002 и 2009 гг.), то можно наблюдать следующее: ПМА в 2002 г. при средних годовых значениях Вольфа - 104 наблюдались в 12,8% случаев в 2009 г., когда число Вольфа составило 3,09, их частота диагностировалась в 4,8% случаев, соответственно ФЖ встречалась в 2002 г. - у 9,7%, в 2009 - в 6,2% случаев, нарушения проводимости по типу атриовентрикулярных и синоаурикулярных блокад в 2002 г. - у 10,3%, в 2009 г. - у 5,2% больных, кардиогенный шок в 2002 г. - 18,8% случаев, в 2009 г. - 6,6% случаев, отёк лёгких в 2002 г. - 7,5% случаев в 2002 г. - 3,0% случаев, летальный исход в 2002 г. - 13,4%, в 2009 г. - 6,4% случаев (см. табл.).

Согласно полученным результатам осложнения от ОИМ стали регистрироваться, начиная за 2 дня до магнитных бурь, а в дни магнитных бурь, через один и два дня после них [8]. Вышеизложенное даёт нам основание судить об отрицательном влиянии геомагнитных возмущений на частоту развития тяжёлых осложнений ОИМ и летальных исходов даже в условиях специализированных клиник, несмотря на получаемое согласно доказанным лечебным стандартам.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, полученные данные в ходе исследования позволяют нам сделать вывод о взаимосвязи солнечной активности – показателем индекса числа Вольфа с развитием ОИМ. Инфаркты в годы с максимальными значениями числа Вольфа наблюдаются часто, протекают тяжелее, зачастую сопровождаются осложнениями. Отмечается рост летальных исходов, несмотря на получаемое лечение в условиях специализированных клиник. Это даёт нам основание, усилить профилактические мероприятия, направленные на борьбу с факторами риска ОИМ и улучшить качество экстренной помощи в условиях первичной медико - санитарной помощи и разработать методическое руководство по улучшению адаптационных механизмов здоровых и больных людей к влияниям геомагнитных возмущений в Республике Таджикистан.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бреус Т.К. Влияние солнечной активности на биологические объекты: автореф. . . дис. д-ра физ.-мат. наук/ Т.К. Бреус. - 2003. - 42 с.
2. Хаснулин В.И. Роль гравитационных возмущений в солнечной системе// В.И. Хаснулин// Адаптация к экстремальным геофизическим факторам и профилактика метеотропных реакций. - Новосибирск. - 1989. - С. 6-13
3. Оранский И.Е. Биоритмология и хронотерапия/ И.Е.Оранский, Царфис // М.: Высшая школа - 1989.- 159 с.
4. Раппопорт С.И. Влияние колебаний естественного магнитного поля Земли на продукцию мелатонина у больных ишемической болезнью сердца. /С.И. Раппопорт, Н.К. Малиновская, В.Н. Ораевский и др.// Клиническая медицина. - 1997. - № 6. -С. 24-26



5. Comehssen G. Onphotic solar associations of heart rate variability and myocardial infarction. / G.Comehssen [et al.] // J. Atmosph. and Solar-Terrestrial Physics. - 2002. - Vol. 64. - P. 707-728
6. Messner T. Environmental variables and the risk of disease. / T. Messner // Int. J. Circumpolar Health. - 2005. - Vol. 64. - P. 523-533
7. Харламов А.Н. Прогнозирование острого инфаркта миокарда по кривой биоритмов больных / А.Н. Харламов, М.С. Фрейдлина // Уральский кардиологический журнал. – 2001. - №2- С.31-34
8. Гурфинкель Ю.И. Оценки влияния геомагнитных бурь на частоту проявления острой сердечно-сосудистой патологии. / Ю.И.Гурфинкель, В.П. Кулешова, В.Н.Ораевский //Биофизика. - 1998. - Том 43, Вып. 4. - С.654-658
9. Рождественская Е.Д. Существует ли зависимость характера течения сердечно-сосудистых заболеваний от колебаний солнечной активности и геомагнитных воздействий? / Е.Д. Рождественская //Уральский кард. журн. -2001.-№1.-С.3-11
10. Sastre A. Nocturnal exposure to intermittent 60 Hz magnetic fields alters human cardiac rhythms. /A. Sastre, M.R/ Cole, C/Graham // Bioelectromagnetics. - 1998. - Vol. 19.-P. 98-106
11. Михайлова Г.М. Возможный биофизический механизм влияния солнечной активности на центральную нервную деятельность человека / Г.М. Михайлова // VII Междисциплинарная конференция по биологической психиатрии - «Стресс и поведение». - 2003
12. Хаснулин В.И. Кардиометеопатии на Севере / В.И. Хаснулин [и др.] // - Новосибирск: СО РАМН, - 2000. - 221с.
13. Новикова К.Ф. Влияние солнечной активности на возникновение заболеваний инфаркта миокарда и смертность от него / К.Ф. Новикова, М.Н. Гневышев, Н.В. Токарев // Кардиология. - 1978. - Т.8. - №4. - С. 109
14. Ишков В.Н. Текущий XXIII солнечной активности: развитие и основные свойства. ИЗМИРАН.: 142190, Россия. 2006г. ishkov@izmiran.rssi.ru
15. ftp://ftp.ngdc.noaa.gov/STP/SOLAR_DATA/SUNSPOT_NUMBERS/sunspot. Predict

Summary

Influence of solar activity on dynamics of acute myocardial infarction and its complications

H.E. Rakhmonov, F.I. Odinayev, S.R. Emomov

The paper analyzes the incidence of acute myocardial infarction (AMI) and its complications in the number of hospitalized 4203 patients in 23rd solar cycle from 2001 to 2010. These years have accounted for the maximum phase (2001 to 2002.) and minimum (2005 and 2010.) of solar activity by its indices- the number of Wolf (W *).

Comparison of hospitalisations of patients with AMI and its complications with indicators of solar activity revealed that in the years of maximum solar activity are becoming more frequent patients with AMI and severe form of myocardial infarction, often accompanied by complications and deaths that must be considered in prognosis and plan preventive measures.

Key words: coronary heart disease, acute myocardial infarction, geomagnetic activity, the number of Wolf

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Х.Э. Рахмонов – заместитель главного врача РКЦК;
Таджикистан, г.Душанбе, пр.И.Сомони-59; E-mail: emomali@inbox.ru



Аспекты иммунного статуса у детей с пневмонией на фоне перинатального поражения ЦНС

Д.С. Додхоев, Н.А. Абдуллаева, З.М. Абдулаева

Кафедра детских болезней №1; пропедевтики детских болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

НИИ гастроэнтерологии МЗ РТ

Исследован иммунный статус у детей раннего возраста при пневмонии на фоне позднего восстановительного периода перинатального поражения ЦНС. Выявлена вторичная иммунная недостаточность, которая развилась вследствие нарушения механизмов регуляции иммунного ответа со стороны мозга. Поэтому целесообразно при лечении пневмонии этим детям назначать иммуномодуляторы.

Ключевые слова: дети раннего возраста, пневмония, перинатальное поражение ЦНС, иммунный статус

На протяжении последних лет у детей отмечается рост соматических и нервно-психических заболеваний, которые в 70% случаев развиваются из патологии перинатального периода [1,2]. В Республике Таджикистан заболевания органов дыхания, включая пневмонию, являются одной из основных причин высокой заболеваемости среди детей, особенно раннего возраста.

Известно, что при перинатальном поражении ЦНС её интегративная и координирующая функции частично или полностью дезадаптируются. Следовательно, нарушаются механизмы регуляции вентиляционно-перфузионных отношений в лёгких, что является причиной неадекватного дыхания. Поэтому некоторые авторы считают, что образующийся застой как в респираторном отделе лёгких, так и в малом круге кровообращения, может стать причиной частых простудных заболеваний [3].

Другие авторы отмечают, что перинатальное поражение мозга приводит к частым инфекционным заболеваниям, таким как ОРВИ, хроническая патология со стороны ЛОР-органов, пневмония, пиелонефрит, герпес, грибковые заболевания. Кроме того у этих детей нередко встречаются аллергические нарушения (пищевые, лекарственные, атопии). Причём хронические неспецифические инфекционные и аллергические заболевания у больных отмечаются с младенчества, и такие дети составляют группу часто болеющих детей (ЧБД) [4]. Нет сомнений, что всё это указывает на неадекватный иммунный ответ.

Поэтому **целью** данного исследования явилось изучение иммунного статуса при пневмонии у детей раннего возраста на фоне позднего восстановительного периода перинатального поражения ЦНС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 74 ребёнка в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Из них 30 здоровых детей были включены в контрольную группу для определения нормального критерия иммунного статуса, характерного для младшего детского возраста.

Остальные дети составили основную группу. Критерием включения в основную группу было наличие пневмонии и перинатального поражения ЦНС. Данные дети обследовались и лечились в ДКБ №2 г. Душанбе. Анамнестические данные показали высокую заболеваемость у матерей данных детей и, как следствие, множественные осложнения беременности и родов. Поэтому все дети основной группы родились с признаками внутриутробной и интранатальной гипоксии, что привело к перинатальному поражению мозга. В постнатальный период дети часто болели простудными заболеваниями, в том числе и дыхательных путей. У всех детей данной группы отмечалось тяжёлое течение пневмонии при поступлении в стационар. Пневмонии были очагово-сливными или сегментарными. Диагнозы были подтверждены лабораторными и инструментальными методами.



Иммунный статус у детей обеих групп определялся в лаборатории НИИ гастроэнтерологии АН РТ. Содержание сывороточных иммуноглобулинов классов А, М и G проводили методом радиальной иммунодиффузии в агаровом геле по Манчини. Субпопуляции Т-лимфоцитов крови (CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD25, CD71, CD95) определяли с помощью моноклональных антител.

Полученные данные обработали методами параметрической статистики, значимость различий определяли критерием t-Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Результаты исследования клеточного и гуморального иммунитета у здоровых детей в возрасте от 6 месяцев и до 3 лет приведены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ КОНТРОЛЬНОЙ ГРУППЫ (M±m)

	Контрольная группа (n = 30)
CD3, %	59,8±0,6
CD4, %	37,6±0,5
CD8, %	22,0±0,4
CD16, %	11,0±0,5
CD20, %	24,2±0,8
CD25, %	22,7±0,5
CD71, %	26,8±0,4
CD95, %	26,5±0,7
Ig A, мг%	212,4±4,4
Ig M, мг%	109,8±0,8
Ig G, мг%	1350,3±6,5

Исследования иммунного статуса у больных пневмонией детей с перинатальным поражением ЦНС в анамнезе показали значительные изменения, начавшиеся, прежде всего, в клеточном звене (рис.). Из рисунка видно, что у данной категории детей наблюдался дефицит на уровне клеточного иммунитета, что привело к ослаблению всей иммунной системы. Так, отмечалось сильное снижение активности общего звена всех Т-лимфоцитов (CD3) как Т-хелперов (CD4), так и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8), а также уровня НК-клеток (CD16), что вызывает ингибирование процесса образования фагосом, следовательно, снижение количества фагоцитирующих

клеток способствует развитию вторичных бактериальных инфекций из-за угнетения защитных функций организма.

На треть снизилась величина относительных и абсолютных показателей зрелых В-лимфоцитов (CD20). Низкий уровень клеток, экспрессирующих рецептор к интерлейкину 2 (CD25) свидетельствует о недостаточной иммунной реакции Th-1 типа. Также снижены показатели активированных Т-лимфоцитов (CD71) и показатели апоптоза клеток (CD95).

В случае активного иммунного ответа показатель иммуно-регуляторного индекса должен быть повышен за счёт снижения числа только Т-супрессоров (CD8) и повышения числа Т-хелперов (CD4), натуральных киллеров (CD16) и зрелых В- и Т-лимфоцитов с показателями апоптоза должны быть выше нормы. Поэтому полученные нами результаты можно интерпретировать как вторичный иммунодефицит.

Наличие иммунодефицита подтверждают также и показатели сывороточного иммунитета: выявлено снижение содержания IgA (166,0±2,1 мг% против 212,4±4,4 мг% у детей контрольной группы; $p < 0,001$) и Ig G (1027,5±34,1 мг% против 1350,3±6,5 мг%; $p < 0,001$).

Вероятно, частые заболевания, отмечавшиеся у детей основной группы, можно было связать с наличием иммунодефицита. Следовательно, при лечении детей необходимо было учесть этот факт и провести иммунокорректирующую терапию.

Современная фармакологическая промышленность производит множество иммунных препаратов, влияющих на различные этапы иммунного ответа. В наших исследованиях для коррекции иммунной системы выбор был сделан в пользу препаратов, влияющих именно на клеточное звено иммунного ответа. Исходя из фармакодинамики, был выбран Т-активин.

Известно, что Т-активин в костном мозге активирует гемопоэз, направленный на синтез предшественников лимфоцитов, таким образом нормализуя количественные и функциональные показатели иммунитета, усиливая активность тимуса в реакциях синтеза иммунорегуляторных пептидов и улучшая условия для созревания, дифференцировки, развития и работы Т-лимфоцитов, стимулируя продукцию лимфокинов, в том числе α - и γ -интерферонов. Препарат активирует макрофагальную систему и восстанавливает активность Т-киллеров. Кроме того,

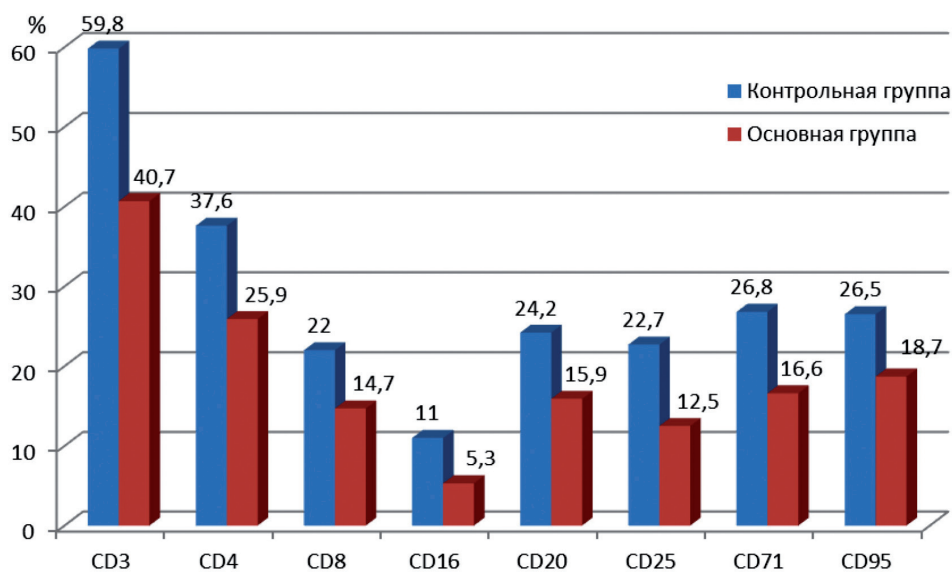


РИС. СНИЖЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ

препарат способствует очищению тканей и внутренних сред, улучшает процессы нервного управления и адаптации организма к переменным условиям среды обитания.

У 23 детей основной группы в комплексном лечении пневмонии был применён Т-активин, остальные дети, 21 ребёнок, получили только комплексное лечение пневмонии без использования иммуномодуляторов.

Иммунокорригирующая терапия назначалась по завершении антибактериальной терапии на этапе купирования клинических признаков заболевания. Т-активин вводился из расчёта 3 мкг/кг массы тела ребёнка, однократно в сутки в течение 5 дней между 1700 и 2000 часами. Препарат вводили подкожно в области белой линии живота на 4 пальца выше пупочного кольца.

С учётом применения в лечении иммуномодулятора дети основной группы были разделены на подгруппы: I подгруппа состояла из детей, у которых в комплексное лечение пневмонии был включён иммуномодулятор, и II подгруппа состояла из детей, у которых в комплексном лечении пневмонии иммуномодулятор не использовался.

Сравнение иммунного статуса у детей обеих подгрупп до лечения выявило одинаковое состояние иммунного статуса (табл. 2). Как было указано выше, в обоих случаях наблюдалась картина вторичного иммунодефицита.

После проведённого лечения дети основной группы были обследованы через 6 месяцев. Стало известно, что дети I подгруппы, получавшие в комплексном лечении иммуномодулятор, за прошедшие 6 месяцев ни разу не болели, в то время как у детей II подгруппы отмечались частые простудные заболевания. В 38,1% (8) случаев были заболевания верхних дыхательных путей, в 42,9% (9) случаях на фоне простудных заболеваний отмечался острый бронхит, а в 19,1% (4) случаев произошёл рецидив пневмонии.

Через 6 месяцев после лечения у детей I подгруппы средние показатели иммунного статуса достигли нормальных значений, кроме средних показателей IgG (табл. 3). Также можно выделить CD71 и CD95, значения которых достигли нижней границы нормы. У детей II подгруппы, по данным иммунологического исследования, сохранялся иммунодефицит. Только натуральные киллеры (CD16) достигли нормальных показателей. Средние величины показателей иммунного статуса в обеих подгруппах значительно отличались друг от друга, кроме IgG.



ТАБЛИЦА 2. ИММУННЫЙ СТАТУС У ДЕТЕЙ ОБЕИХ ПОДГРУПП ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ДО ЛЕЧЕНИЯ

Показатели	I подгруппа (n=23) (M±m)	II подгруппа (n=21) (M±m)	p
Клеточный иммунитет			
CD3, %	40,8±1,0	40,5±1,2	> 0,05
CD4, %	25,3±0,6	26,5±0,7	> 0,05
CD8, %	15,3±0,8	14,0±0,9	> 0,05
CD16, %	5,4±0,8	5,2±0,9	> 0,05
CD20, %	15,9±1,0	15,9±1,0	> 0,05
CD25, %	12,7±1,1	12,2±1,0	> 0,05
CD71, %	17,3±1,2	15,9±1,0	> 0,05
CD95, %	18,7±1,0	18,7±1,5	> 0,05
Гуморальный иммунитет			
Ig A, мг%	167,3±2,7	164,6±3,5	> 0,05
Ig M, мг%	93,9±2,9	87,4±2,9	> 0,05
Ig G, мг%	1026,2±54,1	1029,0±41,4	> 0,05

ТАБЛИЦА 3. ИММУННЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Показатели	I подгруппа (n=23) (M±m)	II подгруппа (n=21) (M±m)	p
Клеточный иммунитет			
CD3, %	55,3±1,5	42,0±0,9	< 0,001
CD4, %	34,3±1,1	27,7±0,5	< 0,001
CD8, %	21,1±0,8	15,5±0,7	< 0,001
CD16, %	8,8±0,8	6,3±0,3	< 0,01
CD20, %	21,7±1,1	16,4±0,9	< 0,001
CD25, %	20,8±0,9	16,2±0,6	< 0,001
CD71, %	24,4±0,7	18,4±0,6	< 0,001
CD95, %	24,7±0,9	20,0±1,1	< 0,01
Гуморальный иммунитет			
Ig A, мг%	196,0±3,0	168,6±2,6	< 0,001
Ig M, мг%	105,3±2,1	90,1±2,2	< 0,001
Ig G, мг%	1118,1±19,7	1079,0±14,7	> 0,05

В связи с сохраняющимся иммунодефицитом у детей II подгруппы, им было проведено лечение, включавшее в себя Т-активин в качестве иммуномодулятора. Препарат вводили из расчёта 3 мкг/кг массы тела ребёнка подкожно в области белой линии живота, однократно в сутки в течение 5 дней между 1700 и 2000 часами.

Дети I подгруппы были приглашены вновь на обследование через год после лечения. За этот период в 38,1% (8 из 21, пришедших на обследование) случаев были отмечены однократные острые респираторные заболевания, которые протекали в лёгкой форме и были быстро купированы. Исследование иммунного статуса через год после лечения позволило отследить динамику изменений каждого компонента иммунитета (табл. 4).



ТАБЛИЦА 4. ДИНАМИКА ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ I ПОДГРУППЫ ($M \pm m$)

Показатели	До лечения (n=23)	После лечения	
		ч/з 6 месяцев (n=23)	ч/з 1 год (n=21)
Клеточный иммунитет			
CD3, %	40,8±1,0	55,3±1,5	58,1±0,8
CD4, %	25,3±0,6	34,3±1,1	36,0±0,7
CD8, %	15,3±0,8	21,1±0,8	22,6±0,3
CD16, %	5,4±0,8	8,8±0,8	8,9±0,9
CD20, %	15,9±1,0	21,7±1,1	23,1±1,1
CD25, %	12,7±1,1	20,8±0,9	22,5±0,5
CD71, %	17,3±1,2	24,4±0,7	25,5±0,5
CD95, %	18,7±1,0	24,7±0,9	25,7±0,8
Гуморальный иммунитет			
Ig A, мг%	167,3±2,7	196,0±3,0	202,8±2,3
Ig M, мг%	93,9±2,9	105,3±2,1	113,0±5,0
Ig G, мг%	1026,2±54,1	1118,1±19,7	1323,9±6,4

Наибольшие изменения произошли в клеточном звене иммунитета. В среднем на 77% увеличилось число маркеров рецепторов к интерлейкину-2 (CD25), на 65% – маркеров NK-клеток (CD16). Минимальные изменения в клеточном пуле были у маркеров апоптоза (CD95) – увеличение на 37%. Со стороны гуморального иммунитета наблюдалось увеличение величины IgA на 21%, IgM на 20% и IgG на 29%.

В течение одного года после лечения пневмонии с включением иммуномодулятора у детей с перинатальным поражением ЦНС наблюдалось восстановление иммунного статуса до значений нормы. Поэтому было решено сравнить полученные результаты иммунного статуса через год после лечения у детей I подгруппы основной группы со значениями иммунного статуса у здоровых детей контрольной группы (табл. 5).

ТАБЛИЦА 5. СРАВНЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ I ПОДГРУППЫ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ С ТАКОВЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ($M \pm m$)

Показатели	I подгруппа основной группы (n=21)	Контрольная группа (n=30)	p
Клеточный иммунитет			
CD3, %	58,1±0,8	59,8±0,6	> 0,05
CD4, %	36,0±0,7	37,6±0,5	> 0,05
CD8, %	22,6±0,3	22,0±0,4	> 0,05
CD16, %	8,9±0,9	11,0±0,5	< 0,05
CD20, %	23,1±1,1	24,2±0,8	> 0,05
CD25, %	22,5±0,5	22,7±0,5	> 0,05
CD71, %	25,5±0,5	26,8±0,4	< 0,05
CD95, %	25,7±0,8	26,5±0,7	> 0,05
Гуморальный иммунитет			
Ig A, мг%	202,8±2,3	212,4±4,4	> 0,05
Ig M, мг%	113,0±5,0	109,8±0,8	> 0,05
Ig G, мг%	1323,9±6,4	1350,3±6,5	< 0,01



Анализ полученных данных показал, что иммунный статус переболевших детей по многим показателям не отличается от таковых показателей здоровых детей. Значимые различия были только по количеству маркёров натуральных киллеров (CD16), маркёров активации иммунитета – CD71 и IgG.

По данным современной литературы известно, что иммунный ответ регулируется гипоталамическими и связанными с ними структурами мозга. Выявлены афферентные и эфферентные нейрогуморальные пути передачи регуляторных влияний ЦНС на состояние иммунной системы. [5].

Кроме того, в рамках диффузной нейроиммуноэндокринной системы выявлены механизмы взаиморегуляции сигнальных нейропептидов и продуктов регуляции иммунного ответа [6].

Так, нейропептиды стимулируют продукцию интерлейкина-4 Т-хелперами (CD4), способствуют росту колоний гранулоцитов-макрофагов [7]. В целом влияние нейропептидов на иммунитет выражается в стимуляции пролиферативных реакций лимфоцитов, в усилении секреции цитокинов и стимулировании антилообразующих клеток [8].

Поражение лимбико-диэнцефальной системы приводит к наиболее значимым иммунным расстройствам: снижается количество и активность Т- и В-лимфоцитов, снижается уровень иммуноглобулинов, угнетается активность комплемента [9].

Таким образом, литературные данные подтверждают то, что в организме существует крепкая взаимосвязь между ЦНС и иммунной системой. Следовательно, повреждение одной из них влечёт за собой снижение другой. И действительно, исследование иммунного статуса детей с перинатальной патологией ЦНС выявило снижение показателей во всех звеньях иммунитета, т.е. было выявлено иммунодефицитное состояние.

В доступной литературе мы нашли подтверждение нашим результатам. У детей, родившихся в тяжёлой асфиксии, в первую неделю жизни имеется значительное угнетение системы Т- и В-лимфоцитов [10]. Кроме того, у них резко выражено нарушение поглотительной способности фагоцитов [11,12].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, перинатальное поражение ЦНС может стать причиной вторичной иммунной недостаточности у детей младшего возраста, что в свою очередь приводит к частым простудным заболеваниям и тяжёлым пневмониям. Кроме того наши исследования подтвердили эффективность включения иммуномодуляторов в схему лечения пневмонии у детей с перинатальным поражением ЦНС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барашнев Ю.И. Клинико-морфологическая характеристика и исходы церебральных расстройств при гипоксически-ишемических энцефалопатиях / Ю.И. Барашнев // Акуш. и гинекол. – 2000. – № 5. – С. 39-42
2. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорождённых / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – СПб.: Питер, 2000. – 224 с.
3. Косов М.Н. Особенности капнограммы у новорождённых детей при нормальных и неблагоприятных условиях внутриутробного развития: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Н. Косов. – СПб, 1999. – 22 с.
4. Васильева О.А. Стратегия и тактика иммунореабилитации больных с энцефалопатиями различного генеза / О.А. Васильева [и др.] // Сб. тезисов X - юбилейной конференции «Нейроиммунология». – СПб, 2001
5. Мордовина Т.Г. Новые подходы в диагностике иммунных нарушений у детей первых двух лет жизни с неврологической патологией вследствие перенесённого перинатального повреждения центральной нервной системы / Т.Г. Мордовина, К.У. Вильчук, А.Ф. Перковская // Медицинская панорама – 2008. – № 12. – С.36-38
6. Айламазян Э.К. Молекулярная нейроиммуноэндокринология: роль и значение в регуляции репродуктивной функции / Э.К. Айламазян, И.М. Кветной // Ж. акуш. жен. болезн. – 2003. – Т. 1-2, №4. – С. 4-11
7. Содержание Т-лимфоцитов и уровни антител к тимогену у детей с поражением центральной нервной системы / А.И.Аутеншлюс [и др.] // Иммунология. – 2003. – Т. 24. – № 4. – С.231-237
8. Пальцев М.А. Руководство по нейроиммуноэндокринологии / М.А. Пальцев, И.М. Кветной. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. – 512 с.
9. Сobotюк Н.В. Динамика иммунологических показателей у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией в течение 1-го года жизни / Н.В. Сobotюк, С.В. Бочанцев // Омский науч. вестн. – 2000. – Вып. 12. – С. 99-101
10. Столяров И.Д. Нейроиммунология: некоторые теоретические и прикладные клинические аспекты / И.Д. Столяров, Р.П. Огурцов, А.М. Петров // Нейроиммунология. – 2005. – Т. 3, № 3-4. – С. 11-17
11. Гематологические и иммунологические показатели при внутриутробной гипоксии и инфекции / Г.А. Самсыгина, Г.Е. Булаев, Н.С. Зайцева [и др.] // Перинатальные повреждения нервной системы: Сб.статей. – Уфа, 1996. – С.107-110
12. Горева Е.А. Особенности нейро-иммуно-эндокринной системы у детей первого года жизни, перенёвших гипоксию в перинатальном периоде: дисс. ... канд. мед. наук / Е.А. Горева. – Челябинск, 2000.- 182 с.



Summary

Aspects of the immune status in children with pneumonia with perinatal CNS injury

D.S. Dodkhoev, N. Abdullaeva, Z.M. Abdulaeva

Immune status in children aged between 6 months and 3 years with pneumonia against the background of the late recovery period of perinatal CNS injury investigated. A secondary immune deficiency due to violations of regulation of immune response by the brain is revealed. It is advisable for the treatment of pneumonia these children prescribes immunomodulators.

Key words: young children, pneumonia, perinatal CNS injury, immune status

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Д.С.Додхоев – заведующий отделом науки
ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Таджикистан, г.Душанбе, пр. Рудаки, 139.
Тел.: +992 (44) 600 36 30;
E-mail: science@tajmedun.tj



Основные клинические нозологические формы проявления внутрибольничной инфекции у стоматологических больных

Г.М. Усманова

Кафедра эпидемиологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В данной статье автор представил результаты исследования по изучению уровня и структуры клинических проявлений, т.е. нозологических форм внутрибольничных инфекций (ВБИ) у стоматологических больных путём ретроспективного анализа 600 медицинских карт. Гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области, связанные с проведением стоматологических манипуляций составляли 20,8%. Наиболее часто встречающимися нозологическими формами ВБИ являлись: лимфадениты (51,2%), острые периоститы (15,2%), альвеолиты (10,4%), остеомиелиты (7,2%).

Ключевые слова: внутрибольничные инфекции, гнойно-воспалительные заболевания, нозологические формы, стоматологические манипуляции

ВВЕДЕНИЕ. Несмотря на имеющиеся успехи в изучении проблемы внутрибольничных инфекций (ВБИ) и широко проводимые в больничных стационарах санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проблема всё ещё остаётся актуальной для современного здравоохранения, нанося значительный медико-социальный и экономический ущерб [1,2].

Особенностью ВБИ является то, что они имеют свои характерные особенности не только для разных стран и регионов, но даже для отделений одной клиники [3,4].

Наиболее острой является проблема гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) в стоматологических учреждениях. Это обусловлено тем, что в слизистой полости рта человека присутствуют различные виды микроорганизмов, в том числе и патогенных: вирусы гриппа, герпеса, вирус иммунодефицита, грибки и др. [5-7].

Стоматологические вмешательства могут содействовать внедрению микрофлоры в глуболежащие ткани, и если сопротивляемость организма понижена, то это может привести к возникновению инфекционного процесса, нередко с тяжёлыми последствиями [8-10].

Высокоскоростные бормашины способствуют рассеиванию микроорганизмов кариозной полости со

слюной, кровью и осколками твёрдых тканей зуба в воздушную среду и на поверхности различного оборудования в лечебных помещениях, что в свою очередь может стать причиной инфицирования патогенными и условно-патогенными микроорганизмами как пациентов, так и медицинского персонала [11,12].

Распространению ВБИ в стоматологических учреждениях и кабинетах способствует ряд факторов [12,13]:

- возрастающая частота обращаемости населения за стоматологической помощью;
- высокая хирургическая активность врачей-стоматологов;
- большой процент больных с хронической инфекцией;
- специфические стоматологические манипуляции и инструментальные исследования;
- широкое применение наружных лекарственных форм, нередко содержащих определённое количество условно-патогенных микроорганизмов;
- определённое значение полости рта как «входных ворот» и органа выделения возбудителей инфекционных процессов.

Эти факторы позволяют отнести стоматологические поликлиники к лечебным учреждениям с «повышенным риском» распространения ВБИ, которыми на сегодня являются также акушерские и хирургические стационары [14].



По данным ВОЗ медицинский персонал стоматологических учреждений занимает первое место в перечне медицинских профессий повышенного риска инфицирования, в частности, вирусами герпеса, гепатитов и СПИДа, а также возбудителями гнойно-септических инфекций [14,15].

Существующий уровень заболеваемости ВБИ в стоматологических учреждениях республики требует выявления причин и условий, способствующих их возникновению и распространению, изучения структуры, уровня ГВЗ.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Определить основные клинические нозологические формы проявления внутрибольничной инфекции у стоматологических больных.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Изучение уровня и удельного веса отдельных форм воспалительных заболеваний у стоматологических больных проводили путём ретроспективного анализа 600 медицинских карт стоматологических больных с воспалительными заболеваниями за 2007-2009 гг. в двух стоматологических поликлиниках г. Душанбе: Детской стоматологической поликлиники №1 и ТОО «Мармар» на базе кафедры ортопедической и терапевтической стоматологии. В работе использованы эпидемиологические, гигиенические и статистические методы исследований [16].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ медицинских карт больных, обратившихся в стоматологические поликлиники показал, что в амбулаторных условиях у больных (475 человек, что составило 79,2%) явно доминируют одонтогенные гнойно-воспалительные заболевания, которые в порядке убывающей частоты распределились следующим образом: обострение хронического периодонтита (40,2%), периостит (25,9%), лимфаденит (24,0%) и перикоронорит (9,9%) (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. СТРУКТУРА ОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС

№	Нозологические формы	Абс. число	%
1.	Обострение хронического периодонтита	191	40,2
2.	Периостит	123	25,9
3.	Лимфаденит	114	24,0
4.	Перикоронорит	47	9,9
Всего		475	100

Возникновение одонтогенных гнойно-воспалительных процессов объясняется тем, что они связаны с исходным состоянием здоровья пациента, то есть зависят от наличия инфицированных очагов, недостаточной работы желёз внутренней секреции, патофизиологических особенностей организма, сопутствующих заболеваний, социально-материальных условий больного и т.п., то есть не связаны со стоматологическими манипуляциями.

Неодонтогенные гнойно-воспалительные заболевания были связаны с проведением стоматологических манипуляций и составили 20,8% (125 человек), в порядке их убывания распределились следующим образом: лимфадениты (51,2%), острые периоститы (15,2%), альвеолиты (10,4%), остеомиелиты (7,2%), абсцессы (6,4%). Реже наблюдались флегмоны, постинъекционные абсцессы, инфицированные лунки после удаления зубов, которые в сумме составили 9,6% (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2. СТРУКТУРА НЕОДОНТОГЕННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИХ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС

№	Нозологические формы	Абс. число	%
1.	Лимфаденит	64	51,2
2.	Острый периостит	19	15,2
3.	Альвеолит	13	10,4
4.	Остеомиелит	9	7,2
5.	Абсцесс	8	6,4
6.	Флегмона	5	4,0
7.	Постинъекционный абсцесс	4	3,2
8.	Инфицированные лунки удалённых зубов	3	2,4
Всего		125	100

Они были связаны с проведением стоматологических манипуляций: после удаления над- и поддесневых зубных камней; проведения инфильтрационной и проводниковой анестезий; травматического удаления зуба; неправильной обработки лунки удалённого зуба; при подготовке полости рта к протезированию, при снятии слепков, при протезировании и т.п.

Все стоматологические манипуляции в полости рта связаны с микротравмами, что создаёт ситуацию для прямого инфицирования через кровь. Если в хирургическом отделении при оперативных вмешательствах и ортопедическом отделении при из-



готовлении цельнолитых конструкций, постоянно травмируется маргинальный пародонт и имеется видимое кровотечение, то есть существует реальная возможность контакта с кровью пациента, то малоуспешным является и терапевтический приём.

Доказано, что за смену врач-терапевт получает не менее 8-10 микротравм, несопровождающихся видимым кровотечением, в частности при пальпации острых краёв коронки зуба, пломб, зубного камня [15]. Вследствие скарификации нарушается целостность рогового эпителия пальцев рук, который выполняет основную защитную функцию, а этого вполне достаточно для последующего проникновения вирусов в ткани. К сожалению, на это врачи не обращают внимания, но опасность инфицирования самих стоматологов может иметь и другое последствие – инфицирование здоровых пациентов. Поэтому медицинскому персоналу стоматологических учреждений необходимо строжайшим образом соблюдать меры предосторожности.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, результаты проведённого нами исследования показали, что преобладающими клиническими проявлениями ВБИ у стоматологических больных являются лимфадениты (51,2%), острые периоститы (15,2%), альвеолиты (10,4%), остеомиелиты (7,2%), абсцессы (6,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Венцел В.Л. Внутрибольничные инфекции / В.Л. Венцел – М.: Медицина, - 1999. – 656 с
2. Зуева Л.П. Обоснование стратегии борьбы с госпитальными инфекциями и пути ее реализации / Л.П. Зуева // Эпидемиология и инфекционные болезни – М.: 2000. - №6. - С. 10-13
3. Лившиц М.Л. Госпитальные инфекции: проблемы и пути реализации / М.Л. Лившиц, Е.Б. Брусина // ЖМЭИ. – М.: 2006. - №1. - С. 22-24
4. Некоторые особенности внутрибольничных гнойно-воспалительных заболеваний у поликлинических больных стоматологического профиля / В.Е. Григорьев [и др.] // II-ая Российская научн-практ. конф. – М.: 2000. - С. 75
5. Горячев Н.А. Профилактика внутрибольничных инфекций в стоматологических учреждениях / Н.А. Горячев, М.Ш. Шафеев // Казанский вестник стоматологии. – 2006, №2. - С. 65-66
6. Котова А.Л. Микробиологические исследования – инструмент для решения важнейших задач стоматологической науки /А.Л. Котова // Проблемы стоматологии. – Алматы, 2008, №1. - С. 20-23
7. Scoop I.W. Transient bacteremia following dental manipulation / I.W. Scoop // Amer.j. dis.child. – 2003. – 126. - №8. – P. 270-271
8. Экспериментальная оценка эффективности применения экстракта родиолы розовой для лечения одонтогенных воспалительных заболеваний / Т.М. Алехова [и др.] // Стоматология. -2005, Специальный выпуск. Материалы III съезда стоматологической ассоциации (общероссийской). – С. 42-43
9. Кислых Ф.И. Особенности структуры и этиологии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области / Ф.И. Кислых, И.В. Уразова // Стоматология. – Специальный выпуск. Материалы III съезда стоматологической ассоциации (общероссийской). – 2005. - С. 61-62
10. Zebra A.A. Bacterial resistance in dentistry/ A.A. Zebra // Incisivo. - 2002, 1, Dec. – P. 26-28
11. Экспериментальное изучение рассеивания микрофлоры бормашинами / В.А. Катаева [и др.] // Стоматология. – 2006. - Т. 65. - №3. - С. 14-15
12. Наш опыт лечения и профилактики острых гнойных осложнений при различных оперативных вмешательствах в полости рта / Э.С. Тихонов [и др.] // Стоматология. – Специальный выпуск. Материалы III съезда стоматологической ассоциации (общероссийской), 2005. - С. 83-84
13. Разработка комплекса профилактических мероприятий против внутрибольничных инфекций в стоматологических учреждениях хирургического профиля / С.В. Тарасенко [и др.] // Стоматология. – Специальный выпуск. Материалы III съезда стоматологической ассоциации (общероссийской), 2005. - С. 81-82
14. Бурганская Е.А. На пути к профилактике внутрибольничных инфекций / Е.А. Бурганская // Наше здоровье, весна 2007, American International Health Alliance, Washington, USA. – С. 32-33
15. Варгонова Н.В. Влияние условий работы стоматолога на его здоровье / Н.В. Варгонова, М.В. Козлова // Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний: Всеросс. научно-практ. конф., посвящ., 10-летию детского отделения клиники чел. лиц. хирургической стоматологии. – Ижевск, 2002. - Ч.1. - С. 68-69
16. Шляхов Э.Н. Практическая эпидемиология /Э.Н. Шляхов // - Кишинёв, 2002. - 526 с



Summary

Main clinical nosologic forms of hospital infections in dental patients

G.M. Usmanova

Author presented the results of a study on the level and structure of clinical symptoms, ie nosological forms of hospital-acquired infections (HAI) in dental patients by a retrospective analysis of 600 medical cards.

Suppurative inflammation in the maxillofacial region related dental procedures was 20.8%. The most common infections were nosological forms: lymphadenitis (51,2%), acute periostitis (15,2%), alveolitis (10,4%), osteomyelitis (7,2%).

Key words: hospital infection, purulent-inflammatory diseases, nosological forms, dental manipulation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Г.М. Усманова – ассистент кафедры
эпидемиологии ТГМУ; 734003, Таджикистан,
г. Душанбе, пр. Рудаки, 139. Тел.: 918-42-18-83,
E-mail: gulia-kaji@rambler.ru



Возможности ультразвуковой диагностики рено-кардио-церебрального континуума при артериальной гипертензии у детей

К.Е. Трубникова*, Т.Н. Назаров, С.А. Маджидов

Городское управление здравоохранения «Консультативно-диагностический центр для детей»;

*«Александровская больница», г. Санкт-Петербург, Россия

Обследовано 206 детей 13–17 лет с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ): стабильная артериальная гипертензия (САГ) – у 86, лабильная артериальная гипертензия (ЛАГ) – у 60, без артериальной гипертензии – 60. Всем выполнено суточное мониторирование артериального давления, транскраниальная доплерография, триплексное исследование брахиоцефальных артерий и почечной гемодинамики. При САГ регистрируется гипокинетический тип кровотока в вертебрально-базилярном бассейне у детей. У детей с ЛАГ и САГ отмечено достоверное увеличение диаметров общих сонных артерий. При исследовании почечной гемодинамики проведение ортоклиностатической пробы выявляет снижение скоростных показателей на уровне основного ствола почечной артерии и сегментарных артерий и IR ($<0,52$), и ускорение кровотока по венам в положении ортостаза, подтверждающее включение механизма артериовенозного шунтирования кровотока. Комплексная оценка состояния гемодинамики при обследовании пациентов с АГ позволяет определить наличие рено-кардио-церебрального континуума у подростков со стабильной формой АГ.

Ключевые слова: церебральная гемодинамика, почечная гемодинамика, клиноортостаз, нефроангиопатия

ВВЕДЕНИЕ. Распространённость артериальной гипертензии (АГ), как важнейшего фактора риска развития ишемической болезни мозга, ишемической болезни сердца и хронических заболеваний почек составляет 87-90%, в то время как в общей популяции представленность АГ менее 40% [1-4]. Развитие наиболее социально значимых сердечно-сосудистых заболеваний, в основе которых лежит прогрессирование атеросклероза с дальнейшим возникновением его осложнений, в последние 15 лет рассматривается с позиций «рено-кардио-церебрального континуума». Эта концепция была впервые высказана V. Dzau и E. Braunwald в 1991 г. [5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучение аспектов формирования ранних признаков рено-кардио-церебрального континуума у детей со стабильной формой АГ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Обследовано 206 детей в возрасте 13 - 17 лет, 85% - мальчики, 15% - девочки. Стабильная АГ (САГ) – у 86 человек, ла-бильная АГ (ЛАГ) – у 60 человек, без АГ – 60 человек. Объём обследования включал осмотр кардиолога, невролога, суточное мониторирование артериального давле-

ния (СМАД), транскраниальную доплерографию (ТКДГ) по стандартной методике, где оценивались скоростные показатели и индексы периферического сопротивления в каротидном и вертебрально-базилярном бассейнах, эхо-кардиографию, ультразвуковое триплексное сканирование (УЗТС) брахиоцефальных артерий с определением сосудистой геометрии и основных гемодинамических показателей.

При ультразвуковом исследовании почек первично оценивали почечную структуру в В-режиме: линейные размеры, кортико-медуллярную дифференцировку, состояние чашечно-лоханочной системы. При исследовании почечной гемодинамики последовательно визуализировали почечные артерии и вены на уровне ствола, сегментарных сосудов с оценкой следующих показателей кровотока: максимальная скорость кровотока в артериях (V_{max}) - снижается от устья к периферии примерно на 30% по мере ветвления сосуда; индекс резистивности кровотока (RI) - отражает состояние микроциркуляторного русла: тонуса, состояния стенки артериол; в норме изменяется в небольшом диапазоне - 0,65-0,72; максимальная скорость кровотока в

венах. Почечная гемодинамика оценивалась на фоне ортоклиноостатической и клиноортостатической проб. Эту методику мы применили, учитывая данные изучения роли ВНС в развитии и прогрессировании АГ, где наибольшей информативности достигла активная ортоклиноостатическая проба [2,4,5].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ. По данным эхокардиографии, ни у одного из пациентов не было отмечено нарушения диастолической функции левого желудочка по типу замедления расслабления. При УЗТС брахиоцефальных артерий выявлено, что в группе детей с ЛАГ из вариантов строения магистральных артерий головы (МАГ) наиболее часто 14 (23,3%) встречался малый диаметр (менее 2,5 мм) позвоночной артерии, в то время как в группе детей со САГ чаще 19 (22,1%) встречались извитости

внутренних сонных артерий (ВСА). При сравнении диаметров общих сонных артерий (ОСА) выявлены достоверные отличия правой и левой общей сонной артерий (ОСА) у здоровых детей, с преимуществом левой. При межгрупповом сравнении отмечалась достоверная разница диаметров артерий у здоровых и у детей с ЛАГ и САГ, что представлено на диаграмме 1.

Выявленные межгрупповые отличия позволяют подтвердить наличие ранних признаков ремоделирования артерий каротидного бассейна при АГ. При оценке церебральной гемодинамики по данным ТКДГ выявлены достоверные отличия в вертебрально-базилярном бассейне при сравнении детей без АГ со САГ в виде гипокинетического типа кровотока, что отражено в диаграмме 2.

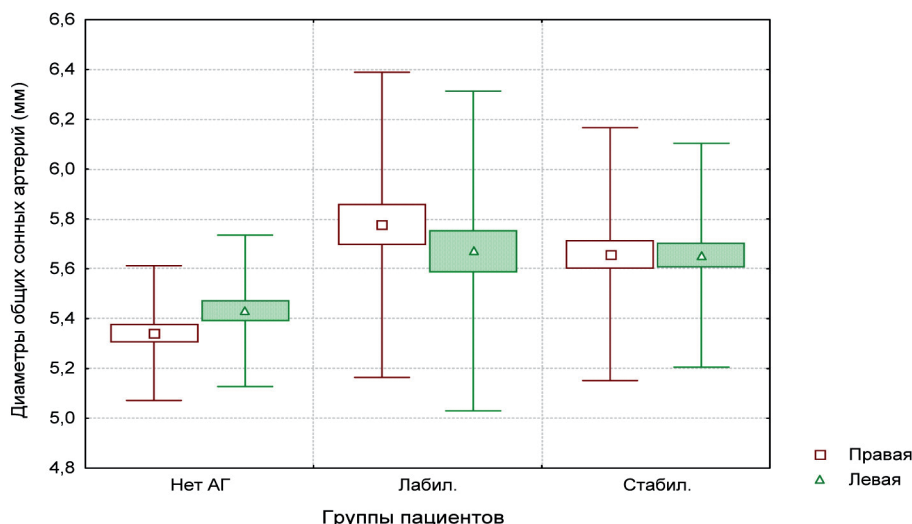


ДИАГРАММА 1. ДОСТОВЕРНОЕ ОТЛИЧИЕ ДИАМЕТРОВ ОСА СПРАВА И СЛЕВА В ГРУППАХ С ЛАГ И БЕЗ АГ ($p < 0,01$); ОТЛИЧИЕ ДИАМЕТРОВ ОСА В ГРУППАХ БЕЗ АГ И С АГ ($p < 0,05$)

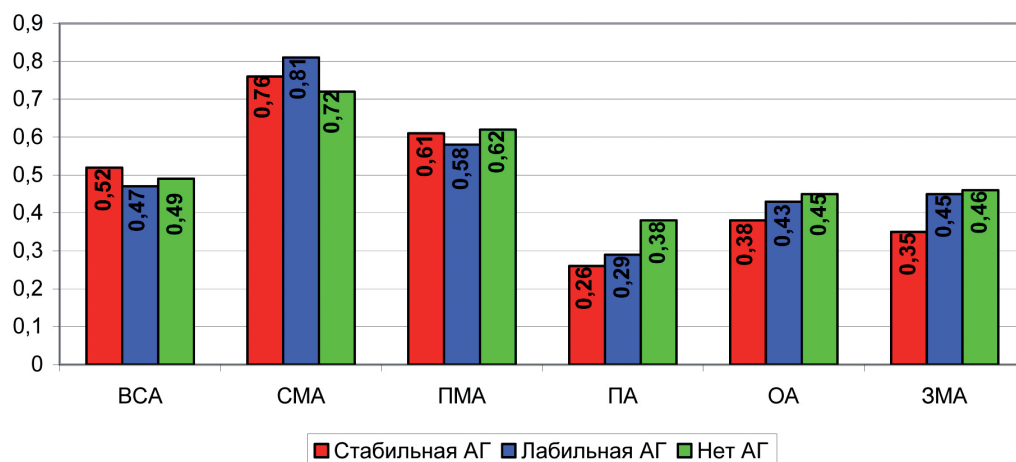


ДИАГРАММА 2. ДОСТОВЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ СРЕДНЕЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ ПО ПОЗВОНОЧНЫМ (ПА), ОСНОВНОЙ (ОА) И ЗАДНИМ МОЗГОВЫМ (ЗМА) АРТЕРИЯМ ПРИ СРАВНЕНИИ ДЕТЕЙ СО САГ И БЕЗ АГ ($p < 0,01$)



При УЗТС почек в положении клиностаза не выявлено достоверных отличий кровотока на уровне основного ствола и сегментарных почечных артерий и вен. При проведении ортоклиностатической и клиноортостатической пробы отмечено более выраженное снижение V_{max} на уровне основного ствола почечных артерий в группе со САГ и составило 17% на уровне основного ствола и 18,3% на уровне сегментарных почечных артерий при ортоклиностатической пробе, что представлено в таблицах 1, 2 и 3.

Наиболее явные изменения отмечались при оценке венозной гемодинамики. Так, в группе без АГ и

в группе с ЛАГ в положении ортостаза отмечается снижение V_{max} . В группе детей со САГ в положении ортостаза выявлено повышение скоростных показателей как по основному стволу, так и по сегментарным почечным венам. Данные изменения представлены в таблице 4.

При повышении показателей V_{max} в венах в положении ортостаза IR в артериях при этом в группе со САГ везде был менее 0,52 ($0,49 \pm 0,007$), что подтверждает включение механизма артериовенозного шунтирования кровотока и является признаком раннего поражения почек при АГ, что согласуется с данными других исследователей [3]. По собственным

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОРТОСТАЗЕ №1

	АГ (n = 146)				Здоровые (n=60)	
	САГ(n=86)		ЛАГ (n=60)		V_{max} (м/с)	RI
	V_{max} (м/с)	RI	V_{max} (м/с)	RI		
Основной ствол	$0,74 \pm 0,01$	$0,52 \pm 0,01$ ***	$0,77 \pm 0,02$ ♦	$0,54 \pm 0,01$	$0,72 \pm 0,01$	$0,55 \pm 0,01$
Сегментарные артерии	$0,33 \pm 0,01$ ♦	$0,52 \pm 0,01$ ***	$0,37 \pm 0,01$ **	$0,53 \pm 0,01$	$0,37 \pm 0,01$	$0,54 \pm 0,004$

Примечание (и ко всем последующим таблицам): САГ-стабильная артериальная гипертензия, ЛАГ-лабильная артериальная гипертензия, $p < 0,05$ - *, $p < 0,01$ - **, $p < 0,001$ - *** (* - при сравнении группы САГ с ЛАГ, ♦ - при сравнении группы с группой здоровых)

ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ОРТОСТАЗЕ №2

	АГ (n = 146)				Здоровые (n=60)	
	САГ(n=86)		ЛАГ (n=60)		V_{max} (м/с)	RI
	V_{max} (м/с)	RI	V_{max} (м/с)	RI		
Основной ствол	$0,74 \pm 0,02$	$0,53 \pm 0,01$	$0,7 \pm 0,02$	$0,53 \pm 0,01$	$0,72 \pm 0,01$	$0,54 \pm 0,01$
Сегментарные артерии	$0,35 \pm 0,01$	$0,51 \pm 0,01$ ♦	$0,34 \pm 0,01$	$0,51 \pm 0,01$ ♦	$0,36 \pm 0,01$	$0,53 \pm 0,01$

ТАБЛИЦА 3. ПРОЦЕНТ СНИЖЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПО ОСНОВНОМУ СТВОЛУ И СЕГМЕНТАРНЫМ ПОЧЕЧНЫМ АРТЕРИЯМ ПРОБАХ (n=206)

Группы	САГ(n=86)		ЛАГ (n=60)		Здоровые (n=60)	
	Орто-клиностаз	Клино-ортостаз	Орто-клиностаз	Клино-ортостаз	Орто-клиностаз	Клино-ортостаз
Основной ствол (%)	$17,56 \pm 1,16$ ♦♦, ***	$17,84 \pm 1,34$ ♦♦♦	$8,87 \pm 0,92$ ♦♦♦	$17,08 \pm 1,77$ ♦♦	$12,75 \pm 0,75$	$11,86 \pm 0,61$
Сегментарные артерии (%)	$17,91 \pm 1,3$ ♦♦, ***	$14,18 \pm 1,35$	$9,29 \pm 0,98$ ♦♦	$17,13 \pm 1,28$ ♦♦	$12,98 \pm 0,99$	$13,32 \pm 0,7$

ТАБЛИЦА 4. ПРОЦЕНТ СНИЖЕНИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ СКОРОСТИ КРОВОТОКА ПО ОСНОВНОМУ СТВОЛУ И СЕГМЕНТАРНЫМ ПОЧЕЧНЫМ ВЕНАМ ПРИ ПРОБАХ (n=206)

Группы	САГ (n = 86)		ЛАГ (n = 60)		Здоровые (n = 60)	
	Орто-клино.	Клино-орто	Орто-клино	Клино-орто	Орто-клино	Клино-орто
Правая Основной ствол (%)	-3,1 ± 2,39 ♦♦♦ ***	-1,76±1,86 ♦♦♦ ***	13,64±1,17 ♦	13,14±1,43	19,77±2,26	17,81±1,38
	-2,92±2,3 ♦♦♦ ***	0,45± 1,91 ♦♦♦ ***	13,11± 1,23 ♦♦	14,13± 1,42	17,62± 1,05	12,74± 1,16
Правая Сегментар- ные вены (%)	-17,24±2,76 ♦♦♦ ***	-16,32±2,03 ♦♦♦ ***	11,59±1,04 ♦♦♦	13,89±1,53	19,89±1,36	16,12±1,57
	-14,17± 2,32 ♦♦♦ ***	-8,65± 1,9 ♦♦♦ ***	13,72± 0,99 ♦♦♦	16,72± 1,49	22,13± 1,03	15,5± 1,05

данной ортоклино-статическая проба оказалась более информативной, поскольку уровень повышения скоростных показателей по основным и сегментарным почечным венам по сравнению с клиноортостатической пробой достоверно выше ($p < 0,001$ по критерию знаков, Вилконсона и Фридмана), что позволяет с более высокой степенью достоверности диагностировать включение механизма артериовенозного шунтирования кровотока. При оценке корреляционных связей ортоклино-статическая проба выявила большее количество достоверных взаимосвязей с показателями СМАД (коррелируют 15 показателей из 19), в отличие от клиноортостатической пробы – где выявлено только 2 взаимосвязи, что также позволяет говорить о большей достоверности ортоклино-статической пробы, а в дальнейшем позволяет отказаться от проведения клиноортостатической пробы на практике.

Ещё до появления структурных изменений сосудов наблюдаются нарушения ауторегуляции почечного кровотока. При повышении давления в афферентной артериоле (повышенное гидростатическое давление в клубочке передаётся на приносящие сосуды) растягиваются её гладкомышечные волокна, что тотчас увеличивает их тонус, возрастает напряжение, сосуд сужается и повышается сопротивление току крови. Это обеспечивает какое-то время относительную стабильность кровотока в мелких афферентных сосудах и препятствует нарастанию внутриклубочковой гипертензии.

При длительном поддержании повышенного гидростатического давления в клубочках и интра-ренальных сосудах истощаются физиологические компенсаторные механизмы, и гипертрофированная сосудистая стенка начинает дилатироваться. Дилатация приносящего сосуда (увеличение площади его сечения) должна повлечь за собой повыше-

ние внутриклубочковой гипертензии. Но помимо миогенного механизма саморегуляции почечного кровотока, существует дополнительный — открытие шунтов между афферентным и эфферентным сосудами. Подключение этого механизма сопровождается снижением гидростатического давления в клубочках и сосудах, но одновременно с ишемией клубочка и усугублением его склерозирования, именно с этого момента имеет место переход патологического процесса в качественно новую, прогностически менее благоприятную стадию.

ВЫВОДЫ:

1. Комплексная оценка состояния гемодинамики при обследовании пациентов с АГ необходима для определения наличия рено-кардио-церебрального континуума у подростков со стабильной формой АГ.
2. В алгоритм обследования детей и подростков с АГ необходимо включать: ТКДГ, УЗТС МАГ, УЗ-исследование почечного кровотока с ортоклино-статической нагрузкой и оценкой венозного компонента интра-ренального кровотока.
3. Исследование ренальной гемодинамики с проведением ортоклино-статической пробы позволяет определить включение механизма артериовенозного шунтирования кровотока и вовлечённость в патогенез ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
4. Результаты ТКДГ и УЗТС МАГ у детей с АГ позволяют не только оценить состояние мозговой гемодинамики и выявить анатомические особенности строения сосудов на фоне АГ, но и прогнозировать возможное развитие ишемической болезни мозга, определить степень влияния уровня АД на процесс ремоделирования в МАГ.



ЛИТЕРАТУРА

1. Моисеев В.С. Центральное артериальное давление: необходимый показатель для оценки сердечно-сосудистого риска и оценки эффективности антигипертензивного лечения / В.С. Моисеев, Ю.В. Котовская, Ж.Д. Кабалава // Кардиология. – 2007. – Т. 47. – № 9. – С. 15-23
2. Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагностика заболеваний почек у детей.- С-Пб.: Издательский дом СПбМАПО, -2006.- 192-193с.
3. Пыков М.И. Ультразвуковое исследование почечного кровотока у детей с вегетативной дистонией / М.И. Пыков, Н.А.Коровина, Е.А.Коростелева, Т.М. Творогова, А.В. Труфанова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. - 2001. -№2.-С.67-70
4. Сиваков В.П. Сравнительная оценка параметров variability ритма сердца при проведении стандартных нагрузочных проб (прогнозирование развития и прогрессирования артериальной гипертензии) /В.П. Сиваков// -2004. -Т.3. -№2. -С. 39-45
5. Dzau V. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statement. Am Heart J. 1991 APR;121(4 PT 1):1244-63

Summary

Possibilities of ultrasound in reno-cardio-cerebral continuum with arterial hypertension in children

K.E. Trubnikova, T.N. Nazarov, S.A. Madzhidov

We examined 206 children from 13 to 17 years with essential hypertension (EAH): a stable hypertension (SAG) - at 86, labile arterial hypertension (PAH) - at 60, without arterial hypertension - 60. Daily monitoring of blood pressure, transcranial Doppler study, triplex investigation of brachiocephalic artery and renal hemodynamics were performed. Hypokinetic type of blood flow in the vertebrobasilar pools registered in SAG. In children with PAH and SAG showed a significant increase in the diameter of the common carotid arteries. In the study of renal hemodynamics conducting ortoclinostatic test reveal reduced velocity at the level of the main trunk of the renal artery and segmental arteries and IR (<0,52), and the increasing of blood flow through the veins in the position of orthostasis, confirming the inclusion of arteriovenous shunting. Integrated assessment of hemodynamics in the evaluation of patients with hypertension to determine the presence of reno-cardio-cerebral continuum among adolescents with a stable form of hypertension.

Key words: cerebral hemodynamics, renal hemodynamics, clinoortostasis, nephroangiopathy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Т.Н. Назаров – врач урологического отделения Александровской больницы; Россия, г.Санкт-Петербург, E-mail: Tair-Nazarov@yandex.ru

К вопросу о геморрагических наружных отитах

М.О. Кустов, С.А. Артюшкин, П.В. Начаров, П.У. Умаров

ФГУ «СПб НИИ уха, горла, носа, голоса и речи Минздравсоцразвития РФ»;

СПб ГУЗ «Городская Покровская больница» г. Санкт-Петербург, Россия

Проведён анализ литературных данных по вопросу этиологии и патогенеза геморрагического воспаления. На примере нескольких клинических случаев показана связь геморрагического наружного отита с острым нарушением мозгового кровообращения. В алгоритме обследования пациентов ключевое место занимает динамическое неврологическое наблюдение в сопоставлении с результатами исследования методами нейровизуализации. Своевременная диагностика и адекватное лечение геморрагического наружного отита в остром периоде острого нарушения мозгового кровообращения помогает избежать или снизить вероятность неблагоприятного исхода.

Ключевые слова: геморрагический наружный отит, геморрагическое воспаление, острое нарушение мозгового кровообращения

Воспалительные заболевания кожи наружного слухового прохода – распространённые заболевания, которые встречаются во всех возрастных группах и характеризуются различными клиническими проявлениями. Распространённость наружных отитов составляет 21 – 25% среди всех воспалительных заболеваний уха. В последние годы наметилась отчётливая тенденция к увеличению частоты возникновения наружных отитов, что, безусловно, делает данную проблему очень актуальной для современной оториноларингологии [1,2]. В сравнении с типичными воспалительными заболеваниями наружного уха воспалительный процесс, протекающий с образованием на коже слухового прохода геморрагических везикул или булл, геморрагического экссудата, встречается относительно редко и составляет, по данным ЛОР-клиники СПб МАПО, 4 – 5%, а доля изолированного буллёзного мирингита составляет 1% [3].

Такой наружный отит, называемый геморрагическим, буллёзным, как правило, связывают с вирусным агентом, поскольку хорошо известны другие варианты геморрагического воспаления ЛОР-органов при острой вирусной респираторной инфекции – геморрагический ларингит с субмукозными кровоизлияниями и кровохарканьем, геморрагический ринит с носовыми кровотечениями, стоматофарингит с характерной энантемой на слизистой оболочке полости рта и глотки [3,9].

В нашей клинической практике мы встретили

необычные случаи, когда на фоне геморрагических изменений в слуховом проходе или в среднем ухе, без предшествующих травм, расчёсов, катаральных явлений, в дальнейшем было выявлено сосудистое заболевание головного мозга. Необходимо отметить, что во всех наблюдаемых нами случаях пациенты страдали атеросклерозом, гипертонической болезнью 2-3-й степени или вторичной артериальной гипертензией (вазоренальная гипертензия и др.). Большинство пациентов составили женщины в возрасте старше 35 лет.

В доступной нам литературе мы не нашли указаний на подобные состояния (за исключением, описанной Н.С. Благовещенской, реактивной гиперемии в наружном слуховом проходе на стороне кровоизлияния в гемисферу головного мозга), в связи с чем сочли целесообразным сообщить об этих наблюдениях.

Больная М., 42 лет, поступила в приёмное отделение Городской Покровской больницы (С.-Петербург) с жалобами на слабость, шум (звон) в голове, тошноту, повторную рвоту, шаткость походки, насморк. В течение недели лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ. Пять дней назад появились кровянистые выделения из уха и болевые ощущения в слуховом проходе. Лечилась у ЛОР-врача. За день до поступления появились головокружение и тошнота. В приёмном покое пациентка осмотрена неврологом, который диагностировал у неё вертебробазиллярную недостаточность кровообращения. Консультиро-



вана ЛОР-врачом. При осмотре ЛОР органов: нос – слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе с обеих сторон, глотка и гортань без особенностей; уши – AD – норма, ШР – 6 м, AS – слуховой проход широкий, свободный в просвете геморрагические корочки, кожа слухового прохода ярко-розового цвета. Барабанная перепонка равномерно гиперемирована, инфильтрирована, перфорации и отделяемого нет, контурируется короткий отросток молоточка. При пальпации умеренная болезненность в области верхушки сосцевидного отростка. ШР – около одного метра. Спонтанного нистагма нет. Шаткость походки. Менингеальные симптомы отсутствуют. Температура тела 37,2°C. На рентгенограмме околоносовых пазух носа в носо-подбородочной проекции затемнены верхне-челюстные пазухи. Выполнена пункция – получен гной с 2-х сторон. На рентгенограмме височных костей по Шюллеру отмечалось снижение пневматизации клеток сосцевидного отростка слева. В анализе крови: гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 8,8 x 10⁹/л-1, палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 48%, лимфоциты – 37%, СОЭ - 52 мм/ч. Диагноз дежурного ЛОР-врача: острый левосторонний средний и наружный геморрагический отит, мастоидит.

Через 8 часов с момента поступления (на фоне проводимой терапии улучшения не отмечалось) больной была выполнена антромастоидотомия слева. При вскрытии отростка в его клетках и в антруме обнаружено геморрагическое содержимое без видимых костно-деструктивных изменений. По истечении двенадцати часов с момента госпитализации состояние больной не улучшилось. В сознании, но заторможена, тошнота, однократно рвота. Высказано предположение о наличии инсульта. Пациентке была выполнена контрастная КТ-графия головного мозга, на которой визуализирован очаг геморрагического инсульта в левой височной доле и субарахноидальное кровоизлияние по конвекситальной поверхности левой гемисферы головного мозга. Дальнейшее лечение проходило в отделении нейрореанимации, затем в неврологическом отделении. Послеоперационный период протекал гладко. Патогистологическое исследование операционного материала (фрагменты костной ткани и слизистой) выявило в слизистой среднего уха множественные участки кровоизлияний, круглоклеточную инфильтрацию с обилием эритроцитов без признаков гнойного воспаления. Отоскопическая картина нормализовалась к 4-му дню со дня операции. На фоне лечения основного заболевания заушная рана ушита, зажила первичным натяжением. К моменту выписки ШР справа - 6 метров, слева - 4 метра.

Больная Н., 53 лет, поступила в кардиореанимационное отделение одного из стационаров города Санкт-Петербурга с диагнозом: гипертонический криз (АД 180/100 мм рт.ст.). В первый же день артериальное давление нормализовано до 125/80 мм рт.ст., однако через 48 часов с момента поступления у больной появились нарушение сознания до уровня сопора, повышение температуры тела до 39,5 °С, менингеальная симптоматика. Очаговых симптомов нет. После осмотра неврологом предварительный диагноз: менингоэнцефалит. Выполнена люмбальная пункция: цитоз – 1230/3, нейтрофилов - 96%, белок - 0.88, глюкоза – 5.4 ммоль/л. В клиническом анализе крови лейкоцитов 8.6x10⁹/л-1; СОЭ - 35 мм/ч.

Осмотрена ЛОР-врачом. Нос, глотка – без патологии, отоскопия: AD – норма, AS – кожа слухового прохода гиперемирована, геморрагические везулы, отделяемого нет, барабанная перепонка утолщена, синюшна, контуры сглажены. На рентгенограмме височных костей по Шюллеру затемнены клетки сосцевидного отростка слева. Выполнен парацентез барабанной перепонки в типичном месте получено геморрагическое отделяемое. С диагнозом вторичный гнойный менингоэнцефалит, острый левосторонний средний и наружный геморрагический отит больная была переведена в нейрореанимационное отделение Городской Покровской больницы. При поступлении данные осмотра ЛОР-органов те же, но в неврологическом статусе выявлена анизорефлексия за счёт повышения сухожильных рефлексов справа. Высказано предположение о наличии острого нарушения мозгового кровообращения в левой гемисфере головного мозга. Учитывая наличие гнойного менингоэнцефалита и среднего отита слева, через 1 час с момента поступления, под эндотрахеальным наркозом выполнена антромастоидотомия слева: в клетках сосцевидного отростка и в антруме жидкая кровь без костно-деструктивных изменений. Утром следующего дня с целью уточнения диагноза, проведена контрастная КТ-графия головного мозга, результаты которой подтвердили наличие обширного очага геморрагического инсульта в левой височной доле.

В другом аналогичном случае, который мы подробно не приводим, больной И., 55 лет, страдающий гипертонической болезнью, лечился у ЛОР - врача по поводу буллезного наружного отита с геморрагическими выделениями из уха. На 3-й день от начала заболевания у больного развилось острое нарушение мозгового кровообращения по типу геморрагического стволового инсульта с последующим летальным исходом.



Показательным, на наш взгляд, является вариант отоскопической картины при сосудистом поражении головного мозга в виде реактивной гиперемии кожи наружного слухового прохода, в его костной части, и барабанной перепонки, наличие мелких геморрагических везикул.

Больная А., 50 лет, обратилась к ЛОР - врачу поликлиники с жалобами на головную боль, боль в правом ухе, изменение формы лица. Страдает гипертонической болезнью 2-й степени. Заболела внезапно. Накануне днём имела место психоэмоциональная травма, а через 12 часов появились вышеуказанные жалобы. При осмотре отоларинголога: нос, глотка, гортань без патологии. Отоскопия слева – норма, справа – резкая гиперемия кожи костной части наружного слухового прохода с переходом на верхние отделы барабанной перепонки, мелкие геморрагические везикулы на коже, расширение сосудов по ходу рукоятки молоточка. Выделений нет. Слух: ШР справа 4.0 – 4,5 м, слева – 5 м. Спонтанного нистагма нет. Определяется депрессия уголка рта слева, глазная щель закрывается с 2-х сторон полностью. Заключение ЛОР - врача: острый правосторонний средний катаральный отит, парез лицевого нерва по центральному типу. Даны рекомендации, больная направлена к неврологу, который диагностировал геморрагический инсульт на фоне гипертонического криза, госпитализирована в отделение неврологии Городской Покровской больницы. Проведённая сосудистая, метаболическая и гипотензивная терапия, привела к нормализации артериального давления, функции лицевого нерва, отоскопической картины.

Геморрагические наружные отиты чаще наблюдаются в период эпидемии гриппа, однако, они имеют место и в межэпидемический период. В настоящий момент вирусы гриппа, герпеса и атипичная бактериальная инфекция (микоплазма) рассматриваются в большинстве случаев как причинный фактор буллёзного наружного отита и буллёзного мирингита. Также в процессе целого ряда исследований получены положительные результаты в отношении пневмококка, гемофильной палочки, бета-гемолитического стрептококка [1,4,5,10].

По мнению Лакоткиной О.Ю. (1972) так называемые острые гриппозные отиты и мирингиты, наблюдающиеся нередко как осложнение гриппа в период эпидемических вспышек, в большинстве своём следует рассматривать как следствие повышения вирулентности кокковой флоры на фоне резкого ослабления защитных сил организма, вызванного вирусом гриппа. По-видимому, эта точка зрения отчасти, также является правильной с той позиции,

что не все случаи заболевания геморрагическим наружным отитом можно объяснить ангиотропным действием вируса гриппа [6].

А.В. Цинзерлинг, детально изучавший патоморфологические изменения при микоплазмозе, считает, что геморрагический характер воспаления довольно типичен для данного заболевания, и объясняет это способностью *Mycoplasma pneumoniae* продуцировать гемолизин. Доказано, что геморрагический характер экссудата (геморрагическое экссудативное воспаление) возникает у человека в условиях недостаточности системы иммунитета, гиповитаминоза С, патологии сосудов микроциркуляторного русла и системы гемостаза, которые приводят к тому, что в ряде случаев организм в ответ на микробную инвазию реализует «нетипичное» экссудативное воспаление с преобладанием в экссудате эритроцитов, среди прочих клеточных элементов. Убедительным доказательством тому может служить геморрагический синдром при крупозной пневмонии у иммунокомпроментированных пациентов, так называемое «красное опеченение», закономерное появление которого было отвергнуто при детальном изучении патоморфологии геморрагического воспаления [7].

Воспаление в коже слухового прохода, как и других тканях, всегда развивается в рамках гистиона – структурно-функциональной единицы соединительной ткани и складывается из нескольких фаз – альтерации, экссудации и пролиферации. Преобладание альтеративного компонента воспаления реализуется при некротических формах поражения наружного уха. Преобладание экссудативного компонента при воспалительном процессе в коже обусловлено резкой реакцией микроциркуляторного русла с образованием большого количества экссудата. Характер экссудата различный, и зависит от степени повреждения посткапиллярных венул, а также от активности действия медиаторов воспаления.

Серозное воспаление встречается при остром дерматите, экземе, вирусных поражениях кожи слухового прохода (герпетическая инфекция). В эпидермисе развивается спонгиоз с образованием спонгиозных пузырьков и пузырей.

Гнойное воспаление в коже протекает как в острой, так и хронической форме. Основным элементом при остром гнойном воспалении является пустула.

Для геморрагического воспаления во многих случаях характерно образование небольшой величины пузырьков, расположенных между эпидермисом и остальными слоями кожи слухового прохода или



барабанной перепонки и наполненных серозно-геморрагическим экссудатом.

В некоторых случаях в патогенезе геморрагического воспалительного процесса в наружном ухе играет роль гипертоническая и атеросклеротическая ангиопатия (ангиодистрофия) мелких сосудов головы и шеи, системные нарушения реологических свойств крови (синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания) при геморрагических инсультах и внутричерепных гематомах [5,8].

В приведённых наблюдениях интересно обратить внимание на следующие моменты, такие как гиперемия кожи глубоких отделов слухового прохода и барабанной перепонки, наличие геморрагического компонента в воспалительной реакции и кровянистого отделяемого из уха при целой барабанной перепонке, отсутствие гнойного экссудата в полостях среднего уха, оталгия умеренного характера и наличие церебро-васкулярной патологии.

Почти во всех случаях оториноларингологи и неврологи не сразу обнаруживали наличие острой синхронной церебральной патологии и связь отиатрической симптоматики с острым нарушением мозгового кровообращения.

Возможность такой связи и синхронизации патологических процессов вполне допустима, если учесть общность адаптивных и дегенеративных изменений в экстра- и интрацеребральных сосудах головы при атеросклерозе и гипертонии, т.н. атеросклеротическая и гипертоническая, либо (комбинированная) ангиопатия, а также нарушение реологических свойств крови в сосудах головы при остром нарушении мозгового кровообращения в виде тромбогеморрагического синдрома. Безусловно, важную роль в реализации этой связи играет общее кровоснабжение наружного, а также среднего уха и оболочек головного мозга.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, необходимо рассматривать геморрагические наружные отиты с точки зрения этиологии и патогенеза как гетерогенную группу заболеваний. Важно помнить, что геморрагические изменения в наружном ухе в ряде случаев могут сочетаться с геморрагическим средним отитом и быть сопутствующим или реактивным синдромом более тяжёлой, опасной для жизни, сосудистой патологии головного мозга, этот факт следует учитывать отоларингологу при обследовании пациентов с такими заболеваниями. Не следует забывать и о возможном сочетанном инфекционном процессе с геморрагическим синдромом в ухе и головном мозге.

В отношении диагностической и лечебной тактики стоит отметить, что при подобных клинических ситуациях необходима компьютерная томография головного мозга и височных костей, и в случае обнаружения признаков острого нарушения мозгового кровообращения от оперативного вмешательства стоит воздержаться, при этом больной должен оставаться под постоянным наблюдением ЛОР врача, невролога и нейрохирурга.

Тема эта, безусловно, интересная и заслуживает пристального внимания практического оториноларинголога как с точки зрения диагностики, так и применительно к вопросам лечения, она требует проведения дальнейших исследований в этом направлении.



ЛИТЕРАТУРА

1. Славский А.Н. Заболевания наружного уха. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа / А.Н.Славский. Рук-во для практикующих врачей. Под общ. ред. А.С. Лопатина. – М.: Литера, -2011. -816 с.
2. Туровский А.Б. Острое воспаление наружного и среднего уха А.Б.Туровский, А.И.Крюков // Consilium Medicum. - 2000. – Vol. 2. - №8. – С. 323 – 325
3. Геморрагический наружный отит как симптом сосудистого заболевания головного мозга /Г.В. Вержбицкий и [др.] //Мат. научно-практ. конфер. посвящ. 150-летию Покровской больницы С.-Петербурга. СПб.: 2009. – С. 28 – 29
4. Rosenfeld R.M. Clinical practice guideline: Acute otitis externa / R.M.Rosenfeld // Otolaryngology. 2006; 134; 4-23
5. Wild D.C. Myringitis bullosa haemorrhagica associated with meningo-encephalitis / D.C.Wild, P.D.R.Spraggs // Arch. Otorhinolarygol. 2003; 260: 320 – 321
6. Лакоткина О.Ю. Бактериальные вирусные и грибковые факторы в возникновении и лечении ЛОР заболеваний /О.Ю. Лакоткина // Вест. оторинолар. – 1972. - №1. – С. 101 – 103
7. Цинзерлинг А.В. Заболевания вызываемые микроорганизмами семейства Мусорplasmatiaceae (микоплазмы). Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза / А.В.Цинзерлинг, В.А.Цинзерлинг. Руководство. Изд. второе, доп. и перераб. – СПб.: Сотис, -2002. -415с.
8. Евдощенко Е.А. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха / Е.А.Евдощенко, А.Т.Шевченко // Журн. ушн., нос. и горл. бол. –1989. – №6. – С.10
9. Заболевания наружного уха / М.С.Плужников, Г.В.Лавренова, В.В.Дискаленко. – СПб.: С-Петербург. мед. изд. – 2000. -88с.
10. Sood S. Otitis externa necrosis // Clin. Otolaryngol. Allied Sci 2002; 27: 4: 233 – 236

Summary

To the question on hemorrhagic external otitis

M.O. Kustov, S.A. Artyushkin, P.V. Nacharov, P.U. Umarov

We analyzed published data on the etiology and pathogenesis of hemorrhagic inflammation. The example of several clinical cases of hemorrhagic illustrates the relationship of acute external otitis with cerebral circulation disturbances has shown. In algorithm of patients investigation key position is a dynamic neurological monitoring in comparison with the results of neuroimaging studies. Timely diagnostics and adequate treatment of hemorrhagic external otitis in the acute period of acute cerebral circulation disturbance helps avoid or reduce the risk of adverse outcome.

Key words: hemorrhagic external otitis, hemorrhagic inflammation, acute disturbances of cerebral circulation

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

М.О. Кустов – врач-оториноларинголог
Городской Покровской больницы;
Россия, г. Санкт-Петербург, 190036,
Большой проспект Васильевского острова, д.85
E-mail: kustovlor@mail.ru

Состояние и перспектива интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей в Республике Таджикистан

Б.Г. Муминов, З.А. Мирзоева

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г.Душанбе;
кафедра семейной медицины ТИППМК

Для улучшения преемственности службы скорой медицинской помощи с семейными врачами в Республике Таджикистан авторы предлагают различные варианты интеграции: модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача; модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача. Но более реальной, по их мнению, является модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных) и смешанная модель – действия по ситуации.

В перспективе интеграция работы врача скорой медицинской помощи с семейным врачом приведёт к разгрузке высоко затратного коечного фонда и ресурсоёмкой службы скорой медицинской помощи, уменьшению косвенных и прямых экономических затрат и, в конечном итоге снизит инвалидность и летальность населения.

Ключевые слова: служба скорой медицинской помощи, семейная медицина

АКТУАЛЬНОСТЬ. С реформированием здравоохранения возникла настоятельная потребность в новой ресурсосберегающей системе организации амбулаторно-поликлинической помощи с переориентацией на индивидуально-посемейный принцип оказания медицинской помощи, хотя темп реформирования в этом направлении остаётся не на высоком уровне [1,2].

Основной задачей реформирования сектора здравоохранения остаётся сокращение коечного фонда в пользу реструктуризации стационарного звена с развитием стационарозамещающих технологий и снижение нагрузки на линейные бригады скорой медицинской помощи [3].

Развитие семейной медицины в Республике Таджикистан находится на начальном этапе, и наибольшее распространение она получила в городе Душанбе, хотя переход к медицинскому обслуживанию по принципу семейной медицины начался в 1998 году (Приказ Министерства здравоохранения «О поэтапном переходе к оказанию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) на период 1998-2000гг. от 23.06.1998 г., №236).

Перспектива развития службы семейного врача широко освещается в последние годы как в специальной отечественной, так и в зарубежной литературе. В

ближайшие годы она будет способствовать снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности и количества обращаемости на станции скорой медицинской помощи, а также сокращению уровня и сроков госпитализации, что в конечном итоге приведёт к снижению общей инвалидности и смертности населения [1,4]. Анализ литературных данных указывает на скудность научного материала относительно взаимодействия работы врача скорой медицинской помощи и семейных врачей, хотя взаимоотношение со стационаром освещено в большей степени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшение преемственности работы врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей с учётом проводимых реформ в секторе здравоохранения и опыта интеграции медучреждений данного профиля в зарубежных странах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Изучены архивные материалы и статистические данные станции Городской клинической больницы скорой медицинской помощи (формы 40) и Центров здоровья г.Душанбе (форма 12 и 30) за период 2000-2010 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. В настоящее время обеспеченность семейными врачами составляет 37%, семейными медсёстрами - 40%. С учётом совместительства охват населения семейными



врачами составляет более 90%. Это позволяет в некоторой степени изучить преемственность между врачами скорой медицинской помощи и семейными врачами.

Динамика развития сети дневных стационаров при учреждениях ПМСМП города Душанбе за последние 10 лет показывает, что по сравнению с 2000 годом (86 койки) в 2010 году их количество достигло 151 койки или же увеличилось на 43%. Также в 2,1 раза увеличилось количество пролеченных диспансерных больных на дневных койках. Количество обслуженных вызовов бригадами скорой медицинской помощи из числа диспансерных больных на 1000 человек в 2000 году составляло 21,8 против 25,6 в 2010 году. Даже если учесть, что обеспеченность санитарным транспортом составляет 15%, количество обслуживаемых вызовов у диспансерных больных имеет динамику к росту, что указывает на низкий уровень взаимодействия с бригадами скорой медицинской помощи и развития стационарозамещающих технологий.

Для определения степени взаимодействия врачей скорой медицинской помощи с семейными врачами большое значение имеет использование ряда индикаторов, которыми являются: уровень возникновения неотложных состояний по мониторируемым (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, язва желудка и 12-ти перстной кишки, железодефицитная анемия, острые респираторные инфекции у детей, острые кишечные инфекции у детей) заболеваниям и динамике вызовов скорой медицинской помощи по данным заболеваниям [1].

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан придерживается модели исключительного контроля семейного врача по вопросам перенаправления больных из первичного звена в учреждения второго и третьего порядка, однако, эта модель не определяет взаимоотношения с бригадами скорой медицинской помощи.

На начальном этапе реализации вышеуказанной модели всё ещё существует множество проблем, из-за которых пациенты обходят семейного врача и имеют прямой доступ к услугам специалистов. В связи с этим необходимо предоставление различных путей для того, чтобы помочь семейным врачам оставаться в центре отношений с пациентами, в том числе и при взаимодействии с врачами скорой медицинской помощи.

Авторы предлагают нижеследующие модели взаимодействия врача скорой медицинской помощи с семейными врачами: модель оказания экстренной первичной медицинской помощи без участия семейного врача; модель оказания экстренной первичной медицинской помощи с участием семейного врача; более реальной является модель оказания экстрен-

ной первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных) и смешанная модель – действия по ситуации.

Мониторинг индикаторов и социологический опрос проведенные среди врачей скорой медицинской помощи семейными врачами показывают, что только в 1,5-2% случаев вызовы скорой медицинской помощи обслуживаются совместно. Практически взаимодействие врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей не превышает 5%, что подтверждается Бекиной Г.В. (1991) [14]. Профессиональные взаимоотношения между семейным врачом и врачами скорой медицинской помощи зависят от доступности специализированной помощи как на госпитальном, так и на догоспитальном этапе. Существует четыре способа возможного описания доступа - от первичной, включая обращение за скорой медицинской помощью к вторичной помощи: вариант исключительного контроля (Дания, Италия, Нидерланды и Соединённое Королевство Великобритании); доступ к вторичной помощи контролируется первичным звеном, но правом выдачи направлений обладает не только семейный врач, но и ряд работников первичной медико-санитарной помощи, (например, педиатр, акушер-гинеколог, работающие на коммунально-общинном уровне - Испания). Третья модель, где контроль является исключительной прерогативой служащих стационара, занимающихся госпитализацией (Германия). В четвёртой модели вообще никакого контроля не существует.

Вне зависимости от существующих моделей организации работа семейного врача в различных странах (семейный врач, работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика) и его взаимоотношения с врачами скорой медицинской помощи остаётся неопределённой. Только в некоторых развитых странах (например, в Великобритании) имеется относительно налаженный механизм взаимодействия между врачом скорой медицинской помощи и семейными врачами [5].

Теоретически семейные врачи должны обслуживать пациентов круглосуточно, на практике же многие из них сейчас передают эту обязанность «замещающим службам», работающим в ночные часы или выходные дни, включая службу скорой медицинской помощи, хотя во многих случаях даже в критических ситуациях многие пациенты обращаются сначала к семейному врачу [6].

Трудно оценить работу станции скорой помощи без анализа деятельности первичного звена. По мнению Комарова Б.Д. (1979) в многогранной деятельности станций скорой медицинской помощи как в зеркале отражается эффективность работы врачей амбулаторно-поликлинической сети: организация приёма больных в поликлинике и посещений на



дому, уровень и качество диспансеризации, профилактической и санитарно-просветительской работы [7,8].

На качество интеграционных работ врачей скорой медицинской помощи и семейных врачей влияет отсутствие общих информационных систем. По этой причине из всех больных с нестабильной стенокардией, переданных скорой медицинской помощи на дальнейшее обслуживание участковым врачом поликлиники, в первые сутки осматриваются лишь 28% больных, в течение месяца - 40%, в срок более одного месяца или же не осмотрены вообще 32% пациентов [6].

В г.Кемерово в целях улучшения преемственности информация о пациентах с хроническими заболеваниями и другими неотложными состояниями передается в поликлиники по электронной почте. В результате внедрения этой оптимизационной технологии за 1,5 года работы число больных, осуществляющих вызовы более 10 раз, сократилось с 314 до 107, более в 7 раз - с 596 до 115 [9].

По мнению Солодовника А.Г. и соавт. (2004), для улучшения преемственности между скорой медицинской помощью и амбулаторно-поликлинической службой в организации помощи больным необходимы повышение квалификации врачей первичного звена, минимизация сроков посещения больных участковым врачом после вызова бригады скорой медицинской помощи, алгоритмизация действий врача поликлиники у кровати именно таких больных [10].

Исследованием Ивановой А.А. (2008) установлено, что из общего числа больных, экстренно госпитализированных бригадами скорой медицинской помощи, 18,5% находились в это время на активном (но недостаточном) лечении в поликлинике, а 7,3% пребывали на больничном листе. Так, из общего числа больных, госпитализированных бригадами скорой медицинской помощи в период с 8 до 21 часа, с обострениями хронических заболеваний было 38,8% от всех больных, доставленных бригадами скорой медицинской помощи в приёмные отделения больниц. Больные с хроническими заболеваниями в стадии обострения госпитализируются бригадами скорой медицинской помощи чаще (57,5%), чем больные с острыми заболеваниями (33,3%). При этом из числа хронических больных, госпитализированных по экстренным показаниям, 43,1% состояли на диспансерном учёте в поликлинике по поводу заболевания, послужившего причиной для обращения за скорой помощью, что свидетельствует о низкой эффективности диспансерного наблюдения больных [7].

В целях разгрузки службы СМП во многих развитых странах внедрена стационарозамещающая технология при лечении различных заболеваний [11].

Пациенты, страдающие болезнями органов дыхания и получившие стационарозамещающее лечение составили 26,4%, а больные, госпитализированные по поводу болезней мочеполовой системы и лечившихся в дневных стационарах - 18,8%. Среди больных гастроэнтерологического профиля стационарозамещающее лечение получили 16,5%, а среди госпитализированных пациентов с травмами и отравлениями 4,1% находились в дневных стационарах [12].

Представляет интерес стоимостная характеристика стационарозамещающей помощи. Средняя стоимость одного пациента - дня в дневных стационарах в 2006 году составила 230,9 рубля. Но если рассмотреть величину этого показателя в разных возрастных группах, то будут заметны довольно существенные отличия. Так, в возрастной группе до 17 лет средняя стоимость пребывания пациента в день составляет 68,9 руб., в группе 18-59 лет - 266,5 руб., в 60-79 лет - 217,1 руб., в 80 лет и старше - 121,8 руб. [12].

В структуре потребления медицинской помощи городским населением 45,7% занимает больничная помощь, 35,0% - амбулаторно-поликлиническая, 15,7% - скорая медицинская помощь и 3,7% - стационарозамещающая [13].

Анкетирование проведённое среди пациентов медико-социальных отделений показало, что более трети респондентов (38,5 %) вообще в течение последних трёх лет за скорой помощью не обращались [12].

Анкетный опрос и отчёты семейных врачей показывают, что вопросам интеграции с врачами скорой медицинской помощи уделяется недостаточное внимание.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, для улучшения преемственности службы скорой медицинской помощи с семейными врачами в Республике Таджикистан целесообразно принятие некоторых нормативных актов, способствующих улучшению взаимоотношения соответствующих служб, стимулирующих работу с диспансерными больными, поощряющих стационарозамещающие технологии и повышающих роль информационных технологий.

В перспективе интеграция работы врача скорой медицинской помощи с семейным врачом приведёт к разгрузке высоко затратного коечного фонда и ресурсоёмкой службы скорой медицинской помощи, уменьшит косвенные и прямые экономические затраты, что в конечном итоге снизит инвалидность и летальность населения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Сборник нормативно-правовых и отчётно-учётных документов по семейной медицине / С.Р.Миралиев, Н.Ф.Салимов, Д.Н.Садыкова, С.З.Зарипов, Джабарова Т.С., Сайфиддинов С.Р. – Душанбе 2006. -12с.
2. Тишук Е.А. Актуальные вопросы управления здравоохранением / Е.А.Тишук, В.О.Щепин / Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины -2003.-№2. -С.28-30
3. Митронин В.К. Об измерении уровня конкурентоспособности профессионала и медицинской организации / В.К. Митронин // Экономика здравоохранения. - М., - 2002. -№ 9-10. - С. 18
4. Салтман Р.В. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий / R.B Saltman [et. al.]. Пер. с англ - М, ГЭОТАР Медика, -2000. - 432с.
5. Сквирская Г.П. Развитие общей врачебной / семейной практики в России. Пути активизации и совершенствования её деятельности (социально-гигиеническое исследование): автореф. ... канд. мед. наук / Г.П.Сквирская. - М. - 1999. -27с.
6. Ахмедов А. Системы здравоохранения Великобритании / А.Ахмедов [и др.] Материалы 3-ей научно-практической конференции. Душанбе. -1997. - 14с.
7. Иванова А.А. Роль организационных технологий в совершенствовании скорой медицинской помощи городскому населению крайнего севера: дисс. ... канд. мед. наук /Хабаровск, -2008. -59с.
8. Основы организации скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) /Под ред.Б.Д. Комарова. - М. - 1979. - С. 38 - 58
9. Шпилянский Э.М. Преемственность оказания медицинской помощи и современные формы передачи информации / Э.М. Шпилянский, И.С. Янец, Е.И. Куракина // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. -№8. - С. 60–65
10. Солодовник А.Г. Анализ преемственности в работе городской станции СМП и участковой поликлинической службы с больными нестабильной стенокардией / А.Г. Солодовник, Л.К. Исаков // Медицина в Кузбассе. - 2004. - Спецвып. № 8. - С. 36 - 38
11. Shan C.P. Day care surgery in Canada evolution policy and experience of provinces /C.P.Shan // Canad Anaesth Soc. J. -1980. -Vol. 27. -№4. -P. 399-405
12. Ларионов Ю.К. Влияние демографических и экономических факторов на совершенствование организации медицинской помощи населению региона Российской Федерации: дисс. ... док-ра мед. наук / Ю.К.Ларионов. -М. - 2008. -163с.
13. Ситникова О.Ю. Особенности планирования медицинской помощи сельскому населению Московской области (на примере Ногинского муниципального района): дисс. ... канд. мед. наук /О.Ю. Ситникова. -М. -2007. -131 с.
14. Бекина Г.В. Исследование преемственности между станциями скорой медицинской помощи и поликлиниками в оказании терапевтической помощи на дому: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г.В. Бекина. - М., 1991. – 25с.

Summary

Condition and vision of work's integration of emergency doctors and family doctors in Tajikistan

B.G. Muminov, Z.A. Mirzoyeva

To improve the continuity of ambulance service with family physicians in the Republic of Tajikistan, the authors suggest various options for integration: a model for emergency primary health care without a family doctor, a model of emergency primary health care with a family doctor. But, more real, in their opinion, is the model for emergency primary health care with a family physician to treat chronic diseases in acute stage (dispensary patients) and mixed model - of the situation.

In the long term integration of physician medical emergency with a family doctor leads to high discharge of the cost of beds and resource-intensive emergency medical services, reduction of indirect and direct economic costs and ultimately reduce disability and mortality of the population.

Key words: Emergency medical care, family medicine

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Б.Г. Муминов – главный врач ГКБ СМП; Таджикистан, г.Душанбе, I пр. Айни, 46
E-mail: muminov_bobocul@inbox.ru

Хирургическое лечение врождённых пороков и аномалий развития ушной раковины

И.З. Саидов

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре литературы представлены особенности клинического проявления врождённых пороков и аномалий развития ушных раковин и существующих способов их реконструкции и коррекции. Отмечено, что, не смотря на разработки определённой хирургической тактики и большое количество предложенных реконструктивных и корригирующих методов, ряд вопросов всё ещё остаётся дискуссионным и требует дальнейшего решения. Не разработана единая общепринятая классификация, не определён оптимальный возраст пациента при отопластике и реконструкции ушной раковины, вид оперативного доступа при корригирующих операциях, выбор пластического материала для опорного каркаса при создании ушной раковины, не изучено влияние срока выполнения коррекции и реконструкции на результаты операции.

Ключевые слова: ушная раковина, врождённый порок, аномалии развития, микроотия, оттопыренность, макротия, реконструкция и коррекция ушной раковины

Врождённые пороки и аномалии развития ушной раковины (УР) представляют стойкие морфологические нарушения и отклонения анатомических норм строения, возникающие внутриутробно в результате нарушения эмбрио – и органогенеза, приводящие к изменению внешнего вида и дисгармонии лица ребёнка. Популяционная частота аномалий развития уха составляет 3,5:1000 новорождённых [1].

Ряд учёных отмечает, что наиболее часто органы слуха у плода поражаются тератогенными вирусами краснухи в I-II триместре беременности. В 60-е годы XX столетия было доказано тератогенное действие химических веществ и седативных медикаментов, особенно в начале беременности и выявлен синдром талидомидной эмбриопатии, при котором дети рождались с пороками развития ушей и других органов. Исследованиями было установлено, что к деформациям уха могут привести действия патологических внутриматочных сил и опухолей плода. В литературе описаны синдромы, связанные с генетическим нарушением, проявляющиеся отчасти микроотией. Существуют также мнения о влиянии повышенного уровня радиации на частоту рождения детей с пороками развития уха [2,3].

Отклонения в развитии ушей известны под разными терминами: «оттопыренные», «чашеобразные», «вислоухость», «капюшонообразные», «закрытые», «криповидные», «макротия», «микроотия», «лопоухость», торчащие уши [4].

В ходе изучения разновидностей врождённых пороков развития наружного уха предложено большое количество классификаций. К примеру, генетиков больше интересует этиологическая сторона вопроса, в связи с чем они пороки разделяют на: монмутантные, хромосомные синдромы, мультифакториальные, тератогенные (группа blastopaties, эмбриопатий и фетопатий) [5]. Педиатры и отоларингологи разделили эти пороки с учётом формы и функции органа слуха на: врождённые уродства УР и аномалии развития наружного слухового прохода. Robert O. Ruder выделяет дисморфные (аномалии формы) и диспластические (аномалии развития) пороки развития наружного уха, для дифференцировки которых врач должен оценивать каждый анатомический элемент УР [6]. Среди врачей, занимающихся вопросами исправления врождённых пороков УР, также широко известны классификации Г.В. Кручинского (1975, 1999), R. Tanzer (1977), S. Nagata (1993) и H. Weerda (1995, 1999).

Ниже рассмотрим особенности клинического проявления пороков и аномалий развития ушных раковин и существующих способов их реконструкции и коррекции.

Из страниц истории медицины можно проследить, что ещё десятки веков назад реконструкцию УР, как и носа, прежде всего, выполняли с целью исправления посттравматических, т.е. приобретённых дефектов. Так, известный своими начинаниями итальянский хирург Тальякоцци в XVI веке восстанавливал лишь повреждённые уши. Из трактатов о физической



внешности и описаний идеальных пропорций тела, написанных в средневековье Агноло Фиренцуоло и в XVIII веке Иоганном Каспаром Лаватьером, где лишь вскользь упомянуто ухо, заметно, что в прошлом люди поразительно мало уделяли внимания вопросам эстетичности формы уха. Только в конце XIX века – в 1881 году американец Е. Ely, удалив кусочки хряща с обратной части оттопыренных ушей у мальчика, поставил начало хирургии врождённых пороков уха [7].

Оттопыренные ушные раковины считаются самой распространённой и наиболее лёгкой по выраженности анатомических изменений врождённой деформацией УР, наследуемой по аутосомно-доминантному типу. Частота выявления этой патологии среди населения по данным ряда авторов составляет 5%-13,5% [8]. По данным А.Т. Груздевой (1968) в 90,3% случаев торчащие уши обусловлены недоразвитием противозавитка и его ножки. При оттопыренности имеются все анатомические элементы УР [9].

Первым, кто произвёл отопластику был Dieffenbach (1845). Хотя, у его больного оттопыренность имела посттравматический характер. Так, для исправления торчащей УР он решил иссечь участок кожи по заушной борозде и фиксировать хрящ УР к надкостнице сосцевидной области. Luckett в 1910г. впервые правильно проанализировал причину классической лопухости, как следствие недоразвития или полного отсутствия противозавитка и предложил свою методику коррекции лопухости. Его метод основан на создании противозавитка путём полукруглого иссечения кожи и хряща вдоль складки противозавитка УР с последующим сшиванием краев хряща горизонтальными матрацными швами. MacCollum (1938) и Young (1944) объединили технику Luckett с более ранними методами сжатия ушного хряща. Комбинация этих процедур и составляет основу большинства современных методов отопластики [10].

Мексиканский хирург Mario Gonzales-Ulloa (1951) предложил методику операции на хрящевой основе УР, при которой необходимо образовать выпуклые складки хряща противозавитка в виде буквы Y, свойственные нормальной УР. С целью прочного удерживания складок автор накладывал матрацные швы из проволоки, концы которой скручивал [11].

В 1952г. Vesker впервые описал способ достижения смягчения внешнего контура УР путём выполнения параллельных насечек на хряще противозавитка и скрепления их постоянными швами для получения конического противозавитка в виде трубки. Converse (1955) для формирования противозавитка выполнил два сквозных дугообразных разреза на границе противозавитковой части УР. После рассечения сегмента хряща наложил узловые швы в виде «рога изобилия» [12]. А.Т. Груздева (1965) с сотрудниками применили

вышеуказанный метод, несколько модифицировав его, т.е. проведя два разреза на УР. Д.Н. Андреева (1966) использовала методику, сущность которой заключается в рассечении хряща двумя параллельными разрезами серповидной формы [9,13].

Spina et al. (1960), Farina et al. (1962), Г.В. Кручинский (1975) предложили формировать противозавиток путём рассечения противозавитковой части УР на 6-8 узких полос с последующим наложением швов на перихондрий или же - наружных матрацных швов. Mustard`e (1963) для создания конического противозавитка предложил другой подход. Он упростил предыдущие методы, накладывая постоянные матрацные швы, проведённые через всю толщину хряща собственно раковины и ладьи, не проникая в кожу. Эта техника была особенно успешно применена детям из-за наличия у них гибкого хряща [14,15].

Исследование Gibson и Davis (1958) о способности повреждённого рёберного хряща деформироваться в сторону противоположной травмированной поверхности, легло в основу методики корригирующей отопластики, предложенной Chongchet и Stenstrom в 1963 году. Для формирования нового противозавитка авторы истончали латеральную поверхность хряща УР через небольшие разрезы [16].

Комбинацию способа Mustard`e и Stenstrom использовали Kaye (1967), Tramier (1997), Benedict M. et al. (2005) для разработки собственной техники. После истончения хряща они использовали постоянные матрацные швы, введённые через крошечные боковые разрезы по гребню собственно раковины, поперёк сгиба противозавитка [17].

Для коррекции чрезмерной оттопыренности верхней трети УР или выступающей конхи были предложены конхо-мастоидальные швы. Wring (1970) для лучшего прижатия уха предложил методику тангенциального бритья (истончения) конхального хряща. В последующем Webster (1980) для более активной медиализации УР к тангенциальному бритью хряща добавил иссечение мягких тканей позадишной области [18].

Особый интерес вызывают и научные исследования McDowell (1968). Автор описывает шесть признаков оттопыренных УР, на которые необходимо обратить внимание при осмотре больного. Он также изложил шесть основных задач, которые важно решить при пластике оттопыренной УР [19].

На сегодняшний день, существуют более 200 способов коррекции оттопыренности УР, отличающиеся в зависимости от доступа и объёма вмешательства на хряще УР. В последние годы широко применяются методики минимально инвазивной отопластики, сущность которых заключается в комбинированном применении способов Mustard`e и Stenstrom [20].



В монографии «Пластическая хирургия лица и шеи», изданной В.И. Сергиенко с соавт. в 2010г. подробно описаны и наглядно проиллюстрированы методики коррекции оттопыренности по способам Жан-Марка Субирана, D. Furnas, Г.В. Кручинского, Стрейтса, Питанги-Ребелло [21]. Курбановым У.А. и соавторами предложен способ отопластики, направленный на устранение патогенетических факторов оттопыренности, сочетающий шовные способы с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины [22].

Сам факт существования множества оперативных методик свидетельствует о том, что каждый из них в чём-то не удовлетворяет хирургов и пациентов. Одной из хирургических проблем является вид доступа, который должен обеспечить хорошую экспозицию элементов хряща УР, подвергающихся коррекции. Отопластика задним доступом оправдана только тем, что послеоперационный рубец всегда находится сзади и прикрывается УР, хотя желаемая коррекция хряща этим доступом намного сложнее.

Исходя, из вышеизложенного анализа работ отечественных, российских и зарубежных учёных следует, что операция коррекции оттопыренности УР наиболее отработана в пластической хирургии. Но весьма разноречивы взгляды специалистов относительно возраста пациента, в каком лучше выполнить операцию отопластики. В доступной нам литературе мы не нашли сведений о влиянии срока выполнения коррекции на результаты операции. В целом нет сравнительного анализа результатов существующих способов отопластики, не определены критерии их оценки. Мало уделено внимания, касающемуся вопросу рецидива оттопыренности и повторных корригирующих операций.

Другой разновидностью врождённых аномалий уха является макротия. При макротии отмечается чрезмерное увеличение размеров УР в продольной оси свыше 7 см, а в поперечной – более 4,5 см. Эти нормальные величины были установлены антропометрическими исследованиями Farkas L.G. (1978) [23]. При макротии очень часто отмечается увеличение верхней трети УР и в меньшей степени - длинная мочка уха. Макротия считается истинной, если УР увеличена во всех отделах.

Коррекция макротии по способу Тренделенбурга заключается в иссечении 2-4 клиновидной формы полнослойных лоскутов на участках ладьи, чаши раковины или мочки УР. Э. Эйтнер (1936) также предлагает методику иссечения УР в виде клина, однако несколько неправильной формы, если при макротии верхний край УР выступает в виде овала. Герзун при чрезвычайно развитом верхнем отделе УР, когда ширина ладьевидной ямки слишком велика, предлагает способ операции, заключающийся в иссечении гиперплазированного участка УР в виде серпа через доступ по её латеральной поверхности. Крикун Л.А.

(1961) предлагает модификацию вышеописанного способа, заключающегося в одновременном уменьшении наружного уха, создании отсутствующего противозавитка, устранении лопухости и резкого перехода верхнего отдела УР в нижний. Чтобы не иметь рубца на латеральной поверхности уха Гольдштейн подобную операцию производил разрезом на медиальной поверхности УР, через который также удаляется хрящ без рассечения кожи латеральной поверхности [24-26].

Argamaso R.V. (1989), Davis J.E. (1989), Zenteno S. (1992) предлагают оперативную технику уменьшения УР при макротии, заключающейся в серповидном иссечении кожи и хряща области углубления ладьи и ножки завитка из переднего доступа с последующим отделением завитка от его корня и передвижением его в переднем направлении. Линия рубца скрывается за складкой завитка. Gault D.T. et al. (1995) описывают сходную технику редукционной отопластики, отличающуюся тем, что кожа задней поверхности УР мобилизуется до перемещения, а излишний участок ножки завитка, лежащий спереди от чаши раковины, иссекается. Hinderer U.T. et al. (1987) резецируют полнослойный кожно-хрящевой V-образный клин вертикальной направленности из области верхнего полюса УР с непосредственным сопоставлением краев дефекта. Yavuzer R. et al. (2003) описывают способ операции, при котором уменьшение хряща выполняется удалением прямоугольных и треугольных участков хряща из верхнего и среднего полюсов УР, доступом по её медиальной поверхности [27-30].

Хотя послеоперационные рубцы незаметны, предложенные способы можно использовать только для уменьшения высоты верхней трети УР, и не могут способствовать коррекции остальной две трети УР, особенно мочки уха. Из-за того, что внутренние соотношения всех частей УР не могут быть корригированы соответствующим образом, это может привести к общему дисбалансу её внешнего вида.

Складывающаяся ушная раковина характеризуется укорочением завитка по длине, преимущественно в восходящем отделе. При этом увеличена ширина горизонтального и частично нисходящего отделов завитка. Деформация сопровождается недоразвитием противозавитка или его верхней ножки. Ладьевидная ямка смещена книзу, расширена и может сливаться с треугольной ямкой. Как правило, имеется утолщение кожи внутренней поверхности верхнего полюса УР. Расстояние от завитка до поверхности головы увеличено. Поражение чаще сочетается с синдромом Beals, имеет двусторонний характер [31].

Для коррекции складывающейся УР в литературе описаны десятки способов. Это как технически простые, выполняемые в один этап способы, так и сложные, многоэтапные операции с использованием кожно-хрящевых лоскутов на питающей ножке,



круглого стебля, встречных треугольных лоскутов, экспандера, забора хрящевых трансплантатов [32,33].

Следует отметить, что многочисленность этих способов свидетельствует о неудовлетворённости авторов результатами, полученными при использовании существующих методик. К тому же, некоторые из них (Г.В. Кручинский) под II-III типом складывающихся УР подразумевают микроотию, которая имеет свои особенности хирургического устранения, да и запутывает понятие предложенных ими классификаций.

Вросшая ушная раковина (криптития). Наиболее редко встречающаяся аномалия УР у лиц европейской расы, довольно часто встречается у азиатов (1:400). До 1969 года в мире описано около 33 наблюдений вросших УР. В отечественной литературе всего один случай, описанный Умаровым У.У. в 1981 году. Правое ухо поражается чаще, чем левое. Двусторонняя криптития обнаруживается в 40% наблюдений. Характерной особенностью вросших ушей является расположение верхней части УР под кожей височной области. При этом обычно отмечается недоразвитие завитка, ладьевидной ямки, верхней ножки противозавитка и козелка [34,35].

Исправление вросших УР, по мнению большинства авторов, включает два основных момента – освобождение вросшей части уха и укрытие дефекта кожи, возникающего на внутренней поверхности уха и височной области. Для укрытия дефекта кожи предлагаются в основном способы местной пластики и их сочетание со свободной пересадкой кожных трансплантатов.

Так, Г.В. Кручинский и А.Т. Груздева при вросших ушах второй степени предлагают способ, где производится дугообразный разрез кожи выше определяющегося края завитка, верхний полюс УР выделяется и перемещается в правильное положение. Кожа наружной поверхности завитка и его ножки отслаивается до полного освобождения хряща. Хрящ завитка вплоть до основания его ножки отсекается сквозным дугообразным разрезом, переводится в правильную позицию и фиксируется швами. После восстановления формы хряща, кожа УР возвращается на место. Проводится мобилизация кожи височной и заушной областей, рана зашивается с таким расчётом, чтобы максимально переместить кожу в область освобождённой внутренней поверхности УР, создавая более глубокое заушное пространство.

При вросших УР третьей степени после освобождения верхней части уха и обнажения хряща сначала формируется верхняя ножка противозавитка в виде желоба и вместе с хрящом завитка перемещается в правильное положение. Дефект кожи внутренней поверхности УР устраняется дополнительной пересадкой полнослойного кожного аутоотрансплантата

из здорового уха или плеча. В заключение для формирования контуров уха под завитком и противозавитком проводится два-три сквозных матрацных шва, в петли которых помещаются марлевые валики, пропитанные стерильным вазелиновым маслом. Свободные концы матрацных швов, формирующих завиток и противозавиток, пропускаются через кожу височной области выше УР.

Ono et al. (1995) предложили методику, которая в случаях выраженного недоразвития верхней части УР или сжатия завитка позволяет удлинить завиток путём использования ромбовидного и треугольного кожных лоскутов из височной области выше и кпереди от верхнего полюса УР [36].

Большинство авторов не упоминает о вмешательстве на ушном хряще, а между тем, в случаях криптитии второй и, особенно, третьей степени всегда требуется исправлять форму ушного хряща.

Задняя ножка противозавитка (ухо Шталея). Аномалия характеризуется наличием дополнительной (задней) ножки противозавитка, берущей своё начало в области его деления и идущей вверх и назад. Чаще отмечается одностороннее, а в 20% случаев встречается двустороннее проявление патологии [37].

Наиболее распространённым способом устранения этого вида деформации является клиновидное иссечение деформированного участка, подробно описанным Н. Kaplan и D. Hadson (1999). Noguchi M. et al. (1994) разработали простую методику коррекции уха Шталея. Деформированный участок хряща УР иссекается, срезается на тонкие части и обратно вставляется на прежнее место. Оригинальная методика хирургического лечения этой аномалии предложена Н. Sugino et al. (1989), суть которой заключается в подкожной резекции участка ушного хряща в виде диска с включением в него дополнительной ножки противозавитка [38,39].

Врождённые аномалии мочки уха могут быть в виде отсутствующей, сморщенной, приросшей, чрезмерно длинной или широкой мочки. Предложены различные способы исправления и восстановления перечисленных изменений.

Полного восстановления мочки уха можно добиться методом Диффенбаха [26]. У.А. Курбановым и сотрудниками разработана методика формирования мочки уха кожно-жировым лоскутом позадиушной области [40]. Коррекция отстоящей мочки по D. Wood-Smith (1980) выполняется по схеме треугольного разреза на мочке уха [21]. Иозеф укорачивал удлинённую мочку, иссекая обращённый ребром кверху клин из всей толщи мочки. При чрезмерной длине он рекомендовал экцизию двойного клина из заднего края. Герзуни получал вворачивание и тем самым уменьшение большой мочки при помощи экцизии



на задней стороне. При раздвоении мочки иссекается кожа на месте расщепления овальным разрезом, чтобы образовался "замок", а для сужения широкой мочки выполняют фигурный разрез [41].

Плоская ушная раковина характеризуется тем, что горизонтальная и нисходящая части завитка как бы развёрнуты, отсутствуют естественные складки передней поверхности УР. Рельеф УР формируют при помощи иссечения части хряща, насечек и наложения стягивающих швов [26].

Микроотия - тяжёлый порок развития УР, характеризующийся полным или частичным отсутствием УР, или любого из её компонентов. Данная аномалия встречается у 1-5 на 10000 новорождённых, особенно европейской расы, причём прослеживается тенденция к учащению. Согласно сообщениям зарубежных исследователей, двусторонняя микроотия имеет место в 10% наблюдений. Обычно, правая сторона поражается в два раза чаще, чем левая. Соотношение между мальчиками и девочками с таким пороком развития УР составляет 2:1 или 3:1 [42].

Основоположником восстановительных операций при микроотии считается Н. Gilles. В 1920г. он предложил методику реконструкции уха, изготовив рёберный аллохрящ и пришив его под кожу сосцевидного отростка. Однако, позже в 1937г. для этой цели он заимствовал ушной хрящ у матерей пациентов [38]. Значимый новаторский прорыв в реконструкции уха произвели общеизвестные работы R. Tanzer в 1959 году с использованием аутогенного рёберного хряща, вырезанного в виде единого блока [43].

С целью уменьшения травматизации рёберного хряща Cronin (1966), а позднее и Ohmori (1984) в качестве имплантата использовали силиконовые каркасы [44]. Преимуществом их были также простота и предварительность формируемых лоскутов. Но вскоре авторы были разочарованы из-за частого (в более 30%) прорезывания и отторжения имплантатов. Это способствовало также популяризации метода трёхслойного ушного каркаса из аутогенного рёберного хряща, предложенного в те же годы R. Tanzer. В дальнейшем его ученик и последователь В. Brent дополнил его работу, создав из рёберного хряща сначала "открытый каркас", а в последующем - трёхрусный каркас УР [45]. Оригинальную работу о новом способе тотальной реконструкции УР при микроотии в 1993 году опубликовал S. Nagata. Автор совместил три первых этапов способа Brent в один и добился формирования УР в два этапа [46].

Ряд специалистов предпочтение отдаёт аллопластическим материалам. Причём, основным достижением современного мира является использование остеоинтеграционных биотехнологий. Так, Reinish широко использует эластичный аллотрансплантат Med pore, покрытый височно-париетальным фасциальным

лоскутом, и кожные трансплантаты, считая такой имплантат более прочным, мягким, гибким, имеющим естественный вид [47]. Сторонники экзопротезов показанием для аллотрансплантатов считают: отсутствие нижней части УР, изменение тканей в зоне вмешательства при вторичной операции, низкий операционный риск [48-50]. Хотя, следует отметить, что долгосрочные результаты этих способов недостаточно изучены.

Весьма интересны исследования Eavey, изучающего использование разрабатываемого аутогенного хряща, который выращивают in vitro [51].

В отношении вмешательств, направленных на создание наружного слухового прохода и улучшению слуха, мнение авторов противоречиво. По мнению С. Н. Лапченко (1969) эти операции необходимо проводить при микроотии с атрезией наружного слухового прохода [52]. Большинство других авторов считает, что слухоулучшающие операции при полной атрезии наружного слухового прохода имеют большой процент осложнений.

Проблемы при создании УР, как указывает большинство авторов, многочисленны и одна из них - это многоэтапность хирургического лечения. Процесс реконструкции УР состоит из 3-4 этапов и продолжается около года. Ряд авторов считает, что одноэтапное формирование УР возможно лишь при микроотии конхального типа [53-55].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, из вышеизложенного следует, что, не смотря на огромные успехи, полная реконструкция УР остаётся по-прежнему весьма сложной задачей и доступна пока немногим клиникам. Так, всё ещё не сложилось обобщённого мнения относительно используемого материала для имплантата УР. Есть и другие нерешённые проблемы - аллопластические каркасы не всегда приживляются при пластике УР, а использование хряща с противоположной УР не позволяет адекватно выполнить полную реконструкцию. Исходы таких операций остаются ещё недостаточно стабильными и поиск более надёжных приёмов и деталей пластики УР продолжается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Harris J. The epidemiology of anotia and microtia / J. Harris, B. Kallen, E. Robert // J. Med. Genet. - 1996. - Vol. 33. - P. 809-813
2. Гуртовой Б.Л. Внутриутробные бактериальные и вирусные инфекции плода и новорождённого / Б.Л. Гуртовой [и др.] // Акушерство и гинекология. - 1994. - № 4. - С. 20-26
3. Callan N.A. Intrauterine Growth Retardation: Characteristics, Risk Factors and Gestational Age / N.A. Callan, F.R. Witter // Int. J. Gynecol. Obstetric. - 1990. - Vol. 33, N 3. - P. 215-220



4. Кручинский Г.В. Классификация врождённых аномалий и уродств ушной раковины / Г.В. Кручинский // Вестн. оторинолар. -1969. -№ 4. - С. 92-97
5. Лазюк Г.И. Тератология человека. / Г.И. Лазюк– М.: Медицина, 1991. – 480с.
6. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / под ред. А.Д. Пейпл; пер. с англ. -М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. - 951с.
7. Pabst G. Abstehohren: Indikationsstellung, technic und komplikations-möglichkeiten der otoplastik / G. Pabst, W. Müller // Schweiz Med. Forum.-2005. –N 5. - P. 875- 879
8. Kompatscher P. The cartilage-sparing versus the cartilage-cutting technique: A retrospective quality control comparison of the Francesconi and Converse otoplasties / P. Kompatscher [et al.] // J. Aesth. Plast. Surg. -2004. -Vol. 27. –P. 446-453
9. Груздева А.Т. Коррекция оттопыренных ушных раковин /А.Т. Груздева // Вестн. оторинолар. -1968. -№ 2. - С. 49-52
10. Bogetti P. Otoplasty for prominent ears with combined techniques / P. Bogetti [et al.] // Eur. J. Plast. Surg. -2003. -Vol. 26. - P. 144-148
11. Gonzalez-Ulloa M. A easy method to correct prominent ears / M. Gonzalez-Ulloa // Brit. J. Plast. Surg. - 1951. - Vol. 4. –P. 207- 209
12. Converse J.M. A technique for surgical correction of lop ears / J.M. Converse [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. - 1955. -Vol.15. - P. 411- 418
13. Андреева Д.Н. Хирургическое исправление торчащих и уплощённых ушных раковин / Д.Н. Андреева // Вестн. оторинолар. - 1966. - № 2. -С. 38-41
14. Кручинский Г.В. Пластика ушной раковины / Г.В. Кручинский -М.: Медицина, 1975. -176с.
15. Mustardé J.C. The correction of prominent ears. Using simple mattress sutures / J.C. Mustardé // Brit. J. Plast. Surg. -1963. – Vol. 16. – P.170-176
16. Stenström S.J. “Natural” technique for correction of congenitally prominent ears / S.J. Stenström // Plast. Reconstr. Surg. - 1963. – Vol.32. – P. 509-518
17. Benedict M. Minimal-invasive Otoplastik / M. Benedict, K.U. Pirvitz // HNO. – 2005. -Vol.53. –P. 230-237
18. Furnas D.W. Correction of prominent ears by concha mastoid sutures / D.W. Furnas // Plast. Reconstr. Surg. - 1968. – Vol. 42. – P. 189
19. McDowell A.J. Goals in otoplasty for protruding ears / A. J. McDowell // Plast. Reconstr. Surg. -1968. -Vol. 41. – P. 17
20. Sevin K. Otoplasty with Mustardé suture, cartilage rasping, and scratching / K. Sevin, A. Sevin // J. Aesth. Plast. Surg. - 2006. -Vol. 30. – P. 437- 441
21. Пластическая хирургия лица и шеи / В.И. Сергиенко, А.А. Кулаков, Н.Э. Петросян, Э.А. Петросян. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. -328с.
22. Курбанов У.А. Хирургическое лечение торчащих ушей / У.А. Курбанов [и др.] // Паёми Сино. – 2010.- № 4. - С. 9-17
23. Farkas L.G. Anthropometry of normal and anomalous ears / L.G. Farkas // Clin. Plast. Surg. -1978. - Vol. 5. –P. 401- 412
24. Атлас оперативной оториноларингологии / под ред. В.С. Погосова. - М.: Медицина, 1983. – 416с.
25. Крикун Л.А. К вопросу о врождённых комбинированных деформациях ушных раковин / Л.А.Крикун // Вестн. оторинолар. -1961. - № 1. - С. 51- 53
26. Проскуряков С.А. Восстановительные операции носа, горла, уха / С.А. Проскуряков. - Новосибирск, 1947. - 408с.
27. Argamaso R.V. Ear reduction with or without setback otoplasty / R.V. Argamaso // Plast. Reconstr. Surg. -1989. -Vol.83, № 6. -P. 967-975
28. Gault D.T. Ear reduction / D.T. Gault, F.R. Grippaudo, M. Tyler // Brit. J. Plast. Surg. – 1995. - Vol. 48. -P. 30-34
29. Hinderer U.T. Otoplasty for prominent ears / U.T. Hinderer, J. L. del Rio, F.J. Fregenal // J. Aesth. Plast. Surg. -1987. -Vol. 11. -P. 63-69
30. Yavuzer R. A new ear reduction method without an anterior scar: Posterior approach / R.Yavuzer [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 2003. –Vol. 112. –P. 701-702
31. Кручинский Г.В. Клиника и реконструктивные операции при свернутой ушной раковине / Г.В. Кручинский // Вестн. оторинолар. -1971. -№ 2. -С. 90-94
32. Груздева А.Т. Исправление складывающейся ушной раковины / А.Т. Груздева // Вестн. оторинолар. -1971. -№ 4. - С. 67-70
33. Wallach S.G. The crumpled-ear deformity / S.G. Wallach, R.V. Argamaso // Plast. Reconstr. Surg. -2001. -Vol. 108, N 1. -P. 30-37
34. Кручинский Г.В. Клиника и лечение вросших ушных раковин / Г.В. Кручинский, А.Т. Груздева // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. -1969. -№ 2. -С. 87-90
35. Умаров У.У. Вросшая ушная раковина // Здравоохр. Таджикистана. – 1981. - № 1. – С. 97-98
36. Ono I. A new operative method for treating severe cryptotia / I. Ono [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. -1995. -Vol. 96, N 2. -P. 243-253



37. Nakajima T. Surgical and conservative repair of Stahl's ear / T. Nakajima, Y. Yoshimura, T. Kami // *Aesthetic. Plast. Surg.* -1984. -Vol. 8. - P.101
38. Пшениснов К.П. Врождённые деформации ушной раковины и их хирургическая коррекция / К.П. Пшениснов, С.Н. Бессонов // *Избранные вопросы пластической хирургии.* -1999. - Том 1, № 2. - 41с.
39. Sugino H. Surgical correction of Stahl's ear using the cartilage turnover and rotation method / H.Sugino [et al.] // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1989. -Vol. 83. -P. 160-164
40. Курбанов У.А. Хирургическая коррекция редких форм аномалий развития ушных раковин / У.А. Курбанов [и др.]. В кн.: Роль медицинской науки в оздоровлении общества // *Сборник научных трудов 59 годичной НПК ТГМУ имени Абуали ибни Сино, посвященной «20-летию независимости Республики Таджикистан»* Душанбе. -2011. -С. 272-273
41. Strauch B. Repair of the cleft earlobe with an advancement flap and two unilateral Z-plasties / B. Strauch // *Plast. Reconstr. Surg.* -1997. -Vol. 99, N 3. - P. 924-925
42. Grabb W.C. The first and second brachial arch syndrome / W.C. Grabb // *Plast. Reconstr. Surg.* -1965. -Vol. 36. -P. 485
43. Tanzer R.C. Total reconstruction of the external ear / R.C. Tanzer // *Plast. Reconstr. Surg.* -1959. -Vol.23, N 1. -P. 1-15
44. Cronin T.D. Use of a silastic frame for total and subtotal reconstruction of the external ear: Preliminary report / T.D. Cronin // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1966. - Vol. 37. - P. 399-405
45. Brent B. Technical advances in ear reconstruction with autogenous rib cartilage grafts: personal experience with 1200 cases / B. Brent // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1999. -Vol.104, N2. - P. 319-334
46. Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia / S. Nagata // *Plast. Reconstr. Surg.* -1993. -Vol.92, N 2, -P. 187-201
47. Zim S.A. Microtia reconstruction: an update / S.A. Zim // *Current Opinion in Otolaryngol. & Hand and Neck Surg.* - 2003. - Vol.11, N 4. -P. 275-281
48. Водяницкий В. Б. Хирургическое лечение микроотии у детей / В. Б. Водяницкий [и др.] // *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* -2004. -№ 4. -С.54-55
49. Naumann A. Clinical aspects and strategy for biomaterial engineering of an auricle based on three-dimensional stereolithography / A. Naumann [et al.] // *Eur.Arch.Otorhinolaryngol.* -2003. -Vol. 260. -P. 568-575
50. Somers T. Total auricular repair: bone anchored prothesis or plastic reconstruction / T. Somers // *Acta Otorhinolaryngol. Belg.* -1998. - Vol. 52, N 4. -P. 317-327
51. Eavey R.D. Microtia and significant auricular malformation / R.D. Eavey // *Arch. Otolaryng. Head Neck Surg.* -1995. -Vol. 121. -P. 57-62
52. Лапченко С.Н. Хирургическая коррекция слуховой функции при врождённых сочетанных пороках развития наружного и среднего уха / С.Н. Лапченко // *Вестн. оторинолар.* -1969. -№ 4. -С. 89-92
53. Osorno G. Microtia reconstruction / G. Osorno // *Eur. J. Plast. Surg.* - 2001. -Vol. 24. - P. 107-113
54. Katzbach R. Ohrmuschelreconstruction bei hochgradiger Microtie / R. Katzbach [et al.] // *HNO.* - 2006. - Vol. 54. -P. 493-514
55. Курбанов У.А. Реконструкция ушной раковины при микроотии / У.А. Курбанов [и др.] // *Паёми Сино.* - 2009. - №1. - С. 18-28



Summary

Surgical correction of congenital defects and developmental anomalies of auricle

I.Z. Saidov

Clinical features of congenital malformations and developmental anomalies of the auricle manifestations and the existing methods of their reconstruction and correction presented in review. Despite of the development of a specific surgical approach and proposed a large number of reconstructive and corrective methods a number of issues still require further discussion and decision. Not developed a unified common classification, not defined the optimum age of the patient with otoplasty and auricular reconstruction, the type of surgical access for corrective operations, the choice of a plastic material for the reference frame to create the ear, not studied the effect of time for performance of the correction and reconstruction on the results of operations.

Key words: auricle, congenital defect, developmental abnormalities, microtia, spreading, makrotiya, reconstruction and correction of the ear

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

И.З. Саидов – соискатель кафедры хирургических болезней №2,
ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Казакон, д. 224
E-mail: islom28@mail.ru



Современные подходы к прогнозированию кардиальных осложнений у больных ишемической болезнью сердца

Ф.И. Одинаев, Н. М. Навджуанов, В.И. Иошина, Ш.Ф. Одинаев

Кафедра внутренних болезней № 1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В обзоре литературы представлены современные подходы к профилактике ишемической болезни сердца, основанные на доклинической диагностике предикторов наибольшей вероятности развития кардиальных событий (внезапной смерти, инфаркта миокарда, нарушениях ритма и проводимости сердца). В качестве вероятных критериев могут быть использованы методы инструментальной (ЭКГ, ЭХОКГ, нагрузочные тесты, стресс-ЭхоКГ) и лабораторно-биохимической диагностики (показатели свёртывающей и фибринолитической систем крови, перекисного окисления липидов, антиоксидантной защиты, калликреин-кининовой системы). Среди высокоинформативных диагностических методов широкое применение находят ультразвуковая, ядерная диагностика, компьютерная томография, коронароангиография. Современная доклиническая диагностика и прогнозирование – ключ к эффективной адекватной профилактики и лечению.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия

Двадцатый век можно охарактеризовать как эпоху многих крупных достижений в области медицины и, в частности, в диагностике и лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС). И если не существует принципиальных разногласий в выборе метода и тактики лечения больных ИБС, то аспекты профилактики и ранней доклинической диагностики, прогноза заболевания остаются спорными и малоизученными. В свою очередь это обстоятельство во многом определяет показатели смертности. Так, по последним данным Комитета статистики американской ассоциации сердца летальность от ИБС несколько снизилась по сравнению с предыдущими годами, но заболеваемость остаётся крайне высокой [1]. Аналогичная тенденция наблюдается и в отдельных странах Европы [2]. Тем не менее, эксперты ВОЗ высказывают очень серьёзное беспокойство в отношении общемировой смертности, заболеваемости [3]. Если в экономически развитых странах сердечно-сосудистые заболевания ответственны примерно за 1 смерть из каждых 5 [4], то в развивающихся странах их доля в структуре общей летальности достигает 80% [5].

Учитывая высокую распространённость сердечно-сосудистой патологии и связанных с ней смертностью и заболеваемостью, одной из основных целей современной кардиологии является предотвращение повторных кардиальных событий. Фундаментальный принцип профилактической медицины заключается в раннем применении различных терапевтических стратегий в зависимости от уровня риска и, соот-

ветственно, прогноза. Таким образом, оценка рисков – неотъемлемый компонент превентивной помощи. Под риском принято понимать сердечно-сосудистую смерть и инфаркт миокарда, а в некоторых случаях и другие сердечно-сосудистые исходы [6].

Основные принципы стратификации риска кардиальных осложнений при документированной ИБС. Выбор тактики лечения у «коронарного» больного, которое во многом может определить его судьбу – это повседневная рабочая задача кардиолога. Именно на принятие правильного решения направлен весь процесс прогнозирования риска развития негативных клинических исходов [7].

Эта цель является общей для всего спектра клинических ситуаций при атеросклеротическом поражении коронарного русла. При этом для различных категорий пациентов должны разрабатываться и применяться только индивидуальные, чётко очерченные модели, получившие доказательную базу в условиях конкретного клинического сценария. Так, например, стандарты, установленные как прогностически неблагоприятные для больных со стабильными формами ИБС, совершенно недопустимо автоматически переносить на пациентов, предположим, с острым коронарным синдромом или на тех, кому выполнялись какие-либо из методов (эндоваскулярные, хирургические) прямой реваскуляризации миокарда. Точно также схемы стратификации риска после стентирования коронарных артерий не должны



использоваться у больных после аортокоронарного шунтирования.

В связи с этим понятны многолетние усилия, прилагаемые к изучению предикторов вероятности развития крупных кардиальных событий (внезапная смерть, острый инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия), использования их в качестве прогностических критериев для формирования однородных групп и, собственно, стратификации риска [8]. С этих позиций изучение состояния систем «быстрого реагирования организма» позволяет адекватно и своевременно определить тактику лечения и методы профилактики. Одной из таких систем «быстрого реагирования» является калликреин-кининовая (ККС), свёртывающая и фибринолитическая системы крови, а также процессы перекисного окисления липидов [9].

Принципы стратификации риска у больных ИБС на основании общеклинических, лабораторно-биохимических критериев. Среди общеклинических параметров, высокий риск негативных исходов связывают с возрастом; полом (отдалённый прогноз у женщин несколько хуже); наличием основных факторов риска ИБС (артериальной гипертонии, сахарного диабета, курения, метаболического синдрома, гиперхолестеринемии). Анамнестические данные и физикальное обследование дают ценную прогностическую информацию для стратификации в ходе повседневной медицинской практики без дополнительных финансовых/временных затрат и риска для пациента, и у «симптомных» больных служат основой для большинства решений и действий [6,10].

В первую очередь, внимания заслуживают клинические проявления основного заболевания, и зависимость вполне очевидна: чем тяжелее функциональный класс стенокардии, тем выше вероятность развития осложнений, особенно при отсутствии адекватного ответа на лечение. Более того, частые и тяжёлые приступы стенокардии и наличие ЭКГ изменений в покое считают независимыми предикторами смерти и инфаркта миокарда [6,10].

Важную роль играют указания на уже имеющуюся сердечно-сосудистую патологию, в частности, перенесённый инфаркт миокарда, преимущественно передней локализации; застойную сердечную недостаточность; аритмии, в т.ч. и синусовую тахикардию; поражения других артериальных бассейнов или гипертрофию миокарда [6,10]. В таких случаях интерес представляют выполненные ранее диагностические и терапевтические процедуры. При этом «удовлетворительные» результаты предыдущих тестов существенного значения не имеют. Заслуживают внимания предыдущие исследования по изучению возможности использования некоторых лабораторно-биохимических методов исследования. Это определение показателей свёртывающей и фибринолитической систем крови, калликреин-

кининовой системы, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты [9,11,12].

Принципы стратификации риска у больных ИБС на основании методов инструментальной диагностики. Ключевыми звеньями в стратификации риска являются методы неинвазивной диагностики, т.к. их основное предназначение – уточнение прогноза у пациентов средней категории риска, наиболее внушительной из групп по количеству включаемых больных. Базируясь именно на результатах неинвазивного инструментального обследования, врач может аргументированно изменить изначально установленную категорию риска.

Наличие у больного стабильной стенокардией изменений на ЭКГ в состоянии покоя ответственно за повышенный риск развития кардиальных событий по сравнению с пациентами без отклонений на ЭКГ. К прогностически неблагоприятным факторам относят: признаки перенесённого инфаркта миокарда (главным образом, регистрация патологического зубца Q); блокаду левой ножки пучка Гиса; признаки гипертрофии ЛЖ; АВ-блокаду II-III степеней; фибрилляцию предсердий [6,10].

Самым весомым предиктором выживаемости в отдалённые сроки является сократительная функция ЛЖ, стандартно оцениваемая при ЭхоКГ в покое. У больных стабильной стенокардией смертность растет по мере снижения фракции выброса (ФВ) ЛЖ. При ФВ в покое <35% ежегодная смертность превышает 3%. Размеры желудочков также имеют важное прогностическое значение, которое, по некоторым данным, превосходит результаты нагрузочных проб у больных стабильной стенокардией [6,10].

Лидирующие позиции в качестве важного диагностического элемента с мощным комплексом прогностических возможностей продолжают занимать тесты с дозированной физической нагрузкой. Результаты стресс-тестов следует использовать только в сочетании с клиническими данными [6,10]. Выявление стресс-индуцированной ишемии – признак, позволяющий предполагать высокую вероятность наличия ИБС, но нельзя говорить о риске, основываясь исключительно на данном параметре. Факт наличия стресс-индуцированной ишемии при пробе с дозированной физической нагрузкой обладает низкой положительной прогностической ценностью [13,14]. Строить прогноз можно только, проанализировав совокупность данных. В качестве дополнительной информации рекомендуется использовать отсутствие адекватного прироста АД и появление аритмий в ответ на нагрузку [8,15].

Независимыми предикторами возврата кардиальных событий являются: неспособность выполнить стресс-тест и низкая толерантность к нагрузке [16,17], нашедшие своё отражение в интегральном прогно-



стическом показателе – индексе Duke [16]. Появление ишемии при низком пороге толерантности к нагрузке [18] или высокий риск по шкале Duke [19] предполагают серьёзные ограничения в возможности увеличения коронарного кровотока. Как правило, это бывает следствием значимого поражения коронарных артерий и тесно взаимосвязано с высоким риском неблагоприятных исходов. С другой стороны, согласно работам ряда исследовательских групп, негативная прогностическая точность нагрузочного теста достаточно высока, и отрицательный результат исследования подразумевает низкую вероятность развития негативных клинических исходов, обеспечивая тем самым, благоприятный прогноз [15,20,21].

Как и для любого другого диагностического теста, для пробы с физической нагрузкой присущи определённые ограничения. Так, согласно опыту итальянских исследователей, приблизительно из 5-6 пациентов, направленных на проведение нагрузочного теста, один (по разным причинам) не в состоянии выполнить нагрузку необходимой интенсивности, ещё в одном случае не достигаются критерии для однозначной трактовки результатов теста, и ещё в одном случае, как правило, ЭКГ не поддаётся интерпретации [21].

В последние годы проведены исследования по возможности спектрального экспресс-анализа вариаций R-R кардиоинтервала, позволяющего выявить дисбаланс центральных и периферических звеньев регуляции со снижением устойчивости системы управления сердечным ритмом, а также развитие необратимых изменений в миокарде. Авторы считают, что изменения вариабельности сердечного ритма являются независимым фактором-предиктором возможного развития нарушений ритма сердца, внезапной смерти или свидетельством о прогностически неблагоприятном исходе инфаркте миокарда [22].

Сочетание нагрузочного теста с современными методами визуализации (ультразвуковые и радионуклидные) позволяет оценить функцию и перфузию миокарда на фоне развития ишемии, что обеспечивает более высокую точность прогноза [23].

Радионуклидные методы исследования играют важную роль в диагностике ИБС с 1970-х годов, как неотъемлемые элементы оценки прогноза на основании нарушений регионального кровотока, коронарной перфузии и функции ЛЖ, и по настоящее время в сознании врачей они прочно удерживают свои позиции [23-25]. Результат исследования считается положительным при появлении дефектов накопления радиофармпрепарата в разных участках миокарда, что, по некоторым данным, связывается со значительным увеличением числа крупных кардинальных осложнений при наблюдении в течение года [26].

В 1935 году Tennant R. и Wiggers C. в серии экспериментальных работ показали, что окклюзия коро-

нарной артерии мгновенно приводит к нарушению кинетики стенки миокарда. На основании множества последующих работ преходящая асинергия миокарда была признана наиболее ранним, чувствительным и специфичным маркером ишемии, несомненно, более точным, чем изменения на ЭКГ и боль [27,28]. Эта базовая концепция положена в основу стресс-ЭхоКГ, сочетающей 2D эхокардиографию с физическими, фармакологическими или электрическими стресс-агентами [29]. Диагностической конечной точкой, определяющей ишемию миокарда, является индукция преходящих региональных изменений функции сердца во время стресса. Преходящий региональный дисбаланс между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой обычно приводит к ишемии миокарда, признаки и симптомы которой могут быть использованы в качестве диагностического инструмента. Ишемия миокарда – результат типичного «каскада» событий, при котором различные маркеры иерархически ранжируются в чётко определённой временной последовательности [30].

Гетерогенность кровотока, особенно между субэндокардиальной и субэпикардиальной перфузией, является предвестником ишемии, затем следуют метаболические изменения миокарда, нарушения диастолической функции, и лишь на более позднем этапе изменения на ЭКГ, дисфункция левого желудочка (ЛЖ) и боль.

Патофизиологическая концепция ишемического каскада клинически переводится в градиент чувствительности различных доступных клинических маркеров ишемии, от боли в грудной клетке, в наименьшей мере, до регионального нарушения перфузии – самого чувствительного. При неинвазивном выявлении ИБС эта концептуальная основа обеспечивает бесспорное преимущество методов визуализации, основанных на оценке перфузии или стресс-эхокардиографии, по сравнению с ЭКГ. При этом нарушение движения стенки миокарда более специфично, чем изменение резерва коронарного кровотока и/или перфузии [31].

Стресс-ЭхоКГ с дозированной физической нагрузкой, высокими дозами добутина и высокими дозами дипиридамола сопоставимы не только по диагностической точности, но и по чувствительности [31-33]. Поэтому показания к выполнению того или иного вида стресс-ЭхоКГ могут быть индивидуализированы, что позволяет избежать относительных и абсолютных противопоказаний для каждого из тестов.

Учитывая множество факторов, влияющих на степень диагностической точности, достоверная информация о сравнительной ценности различных тестов может быть получена только путём прямого сопоставления результатов обследования достаточного количества пациентов при одинаковых условиях. По сравнению со стандартным ЭКГ контролируемым нагрузочным



тестом, стресс-ЭхоКГ имеет преимущество с точки зрения чувствительности и особенно специфичности. В «Рекомендациях АСС/АНА» по лечению стабильной стенокардии, преимущества стресс-эхокардиографии по отношению к перфузионной сцинтиграфии заключаются в более высокой специфичности, универсальности, простоте и удобстве использования, а также более низкой стоимости [34]. К преимуществам перфузионного стресс-теста относят более высокий технический уровень успеха, более высокую чувствительность (особенно при изолированном поражении огибающей артерии), большую точность при обширной зоне нарушения кинетики ЛЖ в покое и более мощную базу данных для оценки прогноза [35,36]. Согласно мнению экспертов Европейского общества кардиологов «В целом, стресс-ЭхоКГ и перфузионная стресс-сцинтиграфия, будь то с использованием дозированной физической нагрузки или фармакологических проб (добутамин, дипиридамо́л), имеют очень схожие точки приложения. Выбор диагностического метода во многом зависит от имеющихся возможностей и опыта...» [10].

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является одной из последних современных технологических разработок визуализации сердца. Преимущество данной методики связано с отсутствием ионизирующего излучения. По сравнению с эхокардиографией, стоимость её значительно выше, а доступность - ниже. Несмотря на эти ограничения МРТ становится альтернативным стресс-ЭхоКГ, но только тогда, когда стресс-ЭхоКГ не даёт требуемых результатов, или отсутствует возможность её выполнения [37].

К настоящему моменту систематизированы эхокардиографические (в т.ч. и в условиях нагрузки) критерии, разработаны и приняты унифицированные протоколы выполнения исследований, применимые к современному уровню развития науки и промышленных ресурсов [38]. Возможности превентивной лабораторно-биохимической диагностики (показатели калликреин-кининовой и свёртывающей системы крови перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты), ЭхоКГ-диагностики, обеспечивающей, помимо информации о функции ЛЖ, получение сведений и о перфузии миокарда, контрастная стресс-ЭхоКГ, фрактальный экспресс-анализ динамической устойчивости экстракардиальной регуляции сердечного ритма ставит эти методы вне конкуренции при стратификации риска кардиальных осложнений у больных ИБС [9,22,29,39,40].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, представленный обзор данных литературы о современных подходах к прогнозированию кардиальных осложнений свидетельствует об актуальности проблемы, продолжающихся поисках прогностических критериев вероятных и наиболее грозных и часто встречающихся осложнений ишемической болезни сердца. В этом плане в качестве вероятных критериев могут быть использованы

помимо клинических, лабораторно-биохимические (показатели свёртывающей, фибринолитической и калликреин-кининовой систем крови перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, а также инструментальные высокотехнологичные методы диагностики (ЭКГ, ЭХОКГ, нагрузочные тесты, стресс-ЭХОКГ, компьютерная томография, коронарография). Современная доклиническая диагностика и прогнозирование - ключ к эффективной адекватной профилактики и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Roger V. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association / V. Roger, A. Go, D. Lloyd-Jones [et al.] // American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Circulation. –2011. –Vol. 123, № 4. –P. e18-e 209
2. Amiri M. The decline in ischaemic heart disease mortality in seven European countries: exploration of future trends / M. Amiri, F. Janssen, A. Kunst // J. Epidemiol. Community Health. –2011. –Vol. 65, № 8. –P. 676-681
3. Prevention of Cardiovascular Disease: Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. –Geneva: WHO Press, 2007. –30 p (<http://www.who.int>).
4. Lloyd-Jones D. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee Heart disease and stroke statistics – 2009 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee / D. Lloyd-Jones, R. Adams, M. Carnethon [et al.] // Circulation. –2009. –Vol. 119, № 3. –P. 480-486
5. Reddy K. Cardiovascular disease in non-Western countries / K. Reddy // N. Engl. J. Med. –2004. –Vol. 350, № 24. –P. 2438-2440
6. Национальные рекомендации по диагностике и лечению стабильной стенокардии (ВНОК) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. –2008. –Т. 7, № 6 (Приложение 4). –37 с. (<http://www.scardio.ru>)
7. Morrow D. Cardiovascular risk prediction in patients with stable and unstable coronary heart disease / D. Morrow // Circulation. –2010. –Vol. 121, № 24. –P. 2681-2691
8. Сумароков А.Б. Риск-стратификация больных ишемической болезнью сердца / А. Б. Сумароков // РМЖ. –1998. –Т. 6, № 14. – http://www.rmj.ru/numbers_168.htm
9. Значение калликреин-кининовой системы как предикторы инфаркта миокарда / Ш.Ф. Одинаев [и др.] // Здравоохранение Таджикистана, 2008. – № 2. – С. 15-17



10. Fox K. Guidelines on the management of stable angina pectoris: executive summary: The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology / K. Fox, M. Garcia, D. Ardissino [et al.] // *Eur. Heart J.* –2006. –Vol. 27, № 11. –P. 1341-1381
11. Калликреин-кининовая система крови у больных с инфарктом миокарда. /Ш.Ф. Одинаев [и др.] // *Материалы Республиканской научно-практической конф. ТГМУ. Душанбе, 2006.- С. 257-258*
12. Раджабов М.Э. Лабораторно-биохимические предикторы формирования инфаркта миокарда: автореф. . . дисс. канд. мед. наук / М.Э. Раджабов - Душанбе. 2008. - 24 с
13. Cardim N. Are intraventricular gradients with dobutamine a cause of false positive treadmill stress tests? / N. Cardim, P. Campos, D. Ferreira [et al.] // *Rev. Port. Cardiol.* –2009. –Vol. 28, № 7-8. –P. 859-866
14. Shaw L. A meta-analysis of predischarge risk stratification after acute myocardial infarction with stress electrocardiographic, myocardial perfusion, and ventricular function imaging / L. Shaw, E. Peterson, K. Kesler [et al.] // *Am. J. Cardiol.* –1996. –Vol. 78, № 12. –P. 1327-1337
15. Vitiello N. Exercise stress test and dobutamine stress echocardiography for the prognostic stratification after uncomplicated acute myocardial infarction / N. Vitiello, R. Cirillo, L. Granato [et al.] // *G. Ital. Cardiol. (Rome).* –2007. –Vol. 8, № 5. –P. 311-318
16. Shaw L. Use of a prognostic treadmill score in identifying diagnostic coronary disease subgroups / L. Shaw, E. Peterson, L. Shaw [et al.] // *Circulation.* –1998. –Vol. 98, № 16. –P. 1622-1630
17. Stevenson R. Relative value of clinical variables, treadmill stress testing, and Holter ST monitoring for postinfarction risk stratification / R. Stevenson, P. Wilkinson, B. Marchant [et al.] // *Am. J. Cardiol.* –1994. –Vol. 74, № 3. –P. 221-225
18. Kligfield P. Exercise electrocardiogram testing: beyond the ST segment / P. Kligfield, M. Lauer // *Circulation.* –2006. –Vol. 114, № 19. –P. 2070-2082
19. Mark D. Prognostic value of a treadmill exercise score in outpatients with suspected coronary artery disease / D. Mark, L. Shaw, F-jr. Harrell [et al.] // *N. Engl. J. Med.* –1991. –Vol. 325, № 12. –P. 849-853
20. Cortigiani L. Clinical, exercise electrocardiographic, and pharmacologic stress echocardiographic findings for risk stratification of hypertensive patients with chest pain / L. Cortigiani, C. Coletta, R. Bigi [et al.] // *Am. J. Cardiol.* –2003. –Vol. 91, № 8. –P. 941-945
21. Sicari R. Exercise-electrocardiography and/or pharmacological stress echocardiography for non-invasive risk stratification early after uncomplicated myocardial infarction. A prospective international large scale multicentre study / R. Sicari, P. Landi, E. Picano [et al.] EPIC (Echo Persantine International Cooperative); EDIC (Echo Dobutamine International Cooperative) Study Group. // *Eur. Heart J.* –2002. –Vol. 23, № 13. –P. 1030-1037
22. Олимов Н.Х. Предикторы нарушений устойчивости экстракардиальной регуляции сердечного ритма и внезапной смерти у больных с инфарктом миокарда: автореф дис. . . д-ра мед.наук / Н.Х. Олимов, - М., 2009. -48с.
23. Mieres J. Noninvasive cardiac imaging / J. Mieres, A. Makaryus, R. Redberg, L. Shaw // *Am. Fam. Physician.* –2007. –Vol. 75, № 8. –P. 1219-1228
24. Klocke F. ACC/AHA/ASNC guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging - executive summary: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASNC Committee to Revise the 1995 Guidelines for the Clinical Use of Cardiac Radionuclide Imaging) / F. Klocke, M. Baird, B. Loell [et al.] // *Circulation.* –2003. –Vol. 108, № 11. –P. 1404-1418
25. Yoshinaga K. Physiological assessment of myocardial perfusion using nuclear cardiology would enhance coronary artery disease patient care: which imaging modality is best for evaluation of myocardial ischemia? (SPECT-side) / K. Yoshinaga, O. Manabe, N. Tamaki // *Circ. J.* –2011. –Vol. 75, № 3. –P. 713-722
26. Iskander S. Risk assessment using single-photon emission computed tomographic technetium-99m sestamibi imaging / S. Iskander, A. Iskandrian // *JACC.* –1998. –Vol. 32, №1. –P. 56-62
27. Kerber R. Echocardiographic detection of regional myocardial infarction: an experimental study / R. Kerber, F. Abboud // *Circulation.* –1973. –Vol. 47, № 5. –P. 997-1005
28. Sugishita Y. Dissociation between regional myocardial dysfunction and ECG changes during myocardial ischemia induced by exercise in patients with angina pectoris / Y. Sugishita, S. Koseki, M. Matsuda [et al.] // *Am. Heart J.* –1983. –Vol. 106, № 1 (Pt 1). –P. 1-8
29. Sicari R. Stress Echocardiography Expert Consensus Statement – Executive Summary: European Association of Echocardiography (EAE) (a registered branch of the ESC) / R. Sicari, P. Nihoyannopoulos, A. Evangelista [et al]; European Association of Echocardiography // *Eur. Heart J.* –2009. –Vol. 30, № 3. –P. 278-289
30. Picano E. Dipyridamole-echocardiography test: historical background and physiologic basis / E. Picano // *Eur. Heart J.* –1989. –Vol. 10, № 4. –P. 365-376
31. Picano E. The diagnostic accuracy of pharmacological stress echocardiography for the assessment of coronary artery disease: a meta-analysis / E. Picano, S. Molinaro, E. Pisanisi // *Cardiovasc. Ultrasound.* –2008. –Vol. 6, № 30



32. Dal Porto R. Safety, feasibility, and diagnostic accuracy of accelerated high-dose dipyridamole stress echocardiography / R. Dal Porto, F. Faletta, E. Picano [et al.] // *Am. J. Cardiol.* –2001. –Vol. 87, № 5. –P. 520-524
33. Picano E. The comparable diagnostic accuracies of dobutamine-stress and dipyridamole-stress echocardiographies: a meta-analysis / E. Picano, G. Bedetti, A. Varga, E. Cseh // *Coron. Artery Dis.* –2000. –Vol. 11, № 2. –P. 151-159
34. Gibbons R. ACC/AHA 2002 guideline update for the management of patients with chronic stable angina – summary article: a report of the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients With Chronic Stable Angina) / R. Gibbons, J. Abrams, K. Chatterjee [et al.] // *Circulation.* –2003. –Vol. 107, № 1. –P. 149-158
35. Geleijnse M. Can stress echocardiography compete with perfusion scintigraphy in the detection of coronary artery disease and cardiac risk assessment? / M. Geleijnse, A. Elhendy // *Eur. J. Echocardiogr.* –2000. –Vol. 1, № 1. –P. 12- 21
36. Kim W. Coronary magnetic resonance angiography for the detection of coronary stenoses / W. Kim, P. Danias, M. Stuber [et al.] // *N. Engl. J. Med.* –2001. –Vol. 345, № 26. –P. 1863-1869
37. Picano E. Sustainability of medical imaging in cardiology / E. Picano, M. Lombardi, D. Neglia, M. Lazzeri // *Recenti Prog. Med.* –2006. –Vol. 97, № 11. –P. 652-662
38. Douglas P. ACCF/AHA/ASA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Endorsed by the American College of Chest Physicians / P. Douglas, M. Garcia, D. Haines [et al.] // *JACC.* –2011. –Vol. 57, № 9. –P. 1126-1226
39. Bedetti G. Economic analysis including long-term risks and costs of alternative diagnostic strategies to evaluate patients with chest pain / G. Bedetti, E. Pisanis, C. Pizzi [et al.] // *Cardiovasc. Ultrasound.* –2008. –Vol. 6, № 21
40. Cheitlin M. ACC/AHA/ASE 2003 guideline update for the clinical application of echocardiography: summary article (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography) / M. Cheitlin, W. Armstrong, G. Aurigemma [et al.] // *Circulation.* –2003. –Vol. 108, № 9. –P. 1146-1162

Summary

Modern view to prognosis of cardiac complications in patients with ischemic heart disease

F.I. Odinayev, N.M. Navdzhuanov, V.I. Ioshina, Sh.F. Odinayev

In the review authors presents current approaches to prevention of coronary heart disease based on the preclinical diagnosis of the most likely predictors of cardiac events (sudden death, myocardial infarction, arrhythmias and conduction of the heart). As a possible criterion could be used instrumental methods (ECG, echocardiography, exercise testing, stress-echocardiography) and laboratory-biochemical diagnosis (indices of coagulation and fibrinolytic systems of blood lipid peroxidation, antioxidant defense system, kallikrein-kinin system). Among the highly informative diagnostic methods ultrasound, nuclear diagnostics, computed tomography, coronary angiography are widely used. Modern pre-clinical diagnostics, forecasting is the key to effective prevention and adequate treatment.

Key words: coronary heart disease, acute myocardial infarction, acute coronary syndrome, unstable angina

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Н.М. Навджуанов – соискатель кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони- 59А; E-mail: cardiologist7777@mail.ru



Актуальные вопросы влияния видеодисплейных терминалов на орган зрения человека

А.Б. Бабаев, Ш.К. Махмадов

Кафедра общей гигиены и экологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Проблемы гигиены труда пользователей видеодисплеев относятся к числу наиболее актуальных задач современной медицины, так как непрерывно расширяется сфера применения компьютерной технологии и стремительный рост контингента людей, вовлекаемых в этот процесс.

В данном обзоре представлены различные аспекты воздействия видеодисплейных терминалов на органы зрения человека: от астенопических проявлений до объективных изменений в зрительной системе. Вместе с тем, по-прежнему требуются дополнительные исследования для установления критериев безопасности и гигиенических стандартов при работе с компьютерами, а также вопросы профилактики нарушений зрительной функции человека, особенно у детей.

Ключевые слова: видеодисплейные терминалы, компьютерный синдром, орган зрения, зрительное утомление, профилактика зрительного синдрома

Многочисленными исследованиями установлено, что важнейшим условием безопасности органа зрения человека при работе с видеодисплейными терминалами (ВДТ) является правильный выбор визуальных параметров дисплея и светотехнических условий рабочего места [1-4]. Работа с дисплеями при неправильном выборе яркости и освещённости экрана, контрастности знаков, при наличии бликов на экране, дрожании и мелькании изображения приводит к зрительному утомлению, головным болям, к значительной физиологической и психической нагрузкам, к ухудшению зрения. Особенно серьёзные последствия отмечаются у детей, часами играющих на компьютерах [5].

Термин «компьютерный синдром» или «компьютерный зрительный синдром» впервые появился в США (1997 г.) [6]. Проявления его сходны по клинической картине с астенопическими явлениями: покраснение глаз, зуд, «мурашки» перед глазами, неприятные ощущения, чувство тяжести и «песка» в глазах, общий дискомфорт, головные боли, слабость, головокружение, диплопия. При этом наблюдаются объективные изменения в зрительной системе: снижение зрительного разрешения, нарушение аккомодационной функции, конвергенции, бинокулярного зрения, стереозрения [7,8].

Научные исследования о влиянии компьютеров на человека были начаты в 80-х годах. Они были посвящены влиянию компьютеров, в основном их дисплеев, на сердечно – сосудистую и иммунную

системы, нервно психическую сферу, а также на функциональное состояние и работоспособность операторов [9-13].

Многочисленные исследования показали, что операторы компьютеров, работающие в специально оборудованных помещениях, подвергаются воздействию комплекса производственных факторов, таких как шум, выделение вредных веществ, ионизирующее и неионизирующее излучение, тепловыделение, специфические условия зрительной работы, параметры технологического оборудования [14].

Установлено, что влияние компьютера на организм человека приводит к различным функциональным расстройствам нервной системы, невроза, эпилептическим припадкам, сердечно-сосудистым расстройствам, дерматиту кожи лица, нарушению иммунологического статуса и течения беременности [15-17].

При работе на персональных компьютерах операторы часто жалуются на мышечный дискомфорт и болевые ощущения в области шеи, плечевого сустава и спины. По мере увеличения времени работы с видеотерминалами и высокой напряжённости работы возрастало количество жалоб [18,20].

В настоящее время одной из основных причин усталости операторов считают нервно-психическое напряжение [21,22]. Эмоциональные и вегетативные нарушения связаны с уровнем нервно-психологических нагрузок. При психоэмоциональ-



ном напряжении возрастает гемодинамическая производительность сердца, снижается систолическое и повышается диастолическое давление [23].

У операторов ввода данных после двухчасовой работы значительно увеличивается время реакций и количество ошибок при выполнении тестового задания на устойчивость и концентрацию внимания, что вызывает жалобы на общую слабость, мышечную усталость, головную боль, ощущение тяжести в голове. У значительного числа операторов выявлены нервно-психические нарушения в виде повышенной раздражительности, ощущения беспокойства и депрессивных состояний [24].

При моделировании трёхмерных электростатических полей и их напряжения при разных рабочих позициях операторов интенсивность полей была в пределах от 5,6 до 15,0 кВт, которая всегда увеличивала скопление частиц поля при наличии индустриального загрязнения воздуха, хотя на месте оператора она соответствовала фоновому уровню (0,2-0,5Вт/м) [17].

Специалисты по электронике в США и Великобритании пришли к выводу, что электромагнитное излучение от ЭВМ в радиочастотном спектре (31,5 кГц – 1,42 мГц) значительно ниже допустимых величин и не представляет опасности для здоровья операторов. На расстоянии 5 см от экрана дисплея интенсивность ЭМИ составляла 28-64 В/м и значительно снижалась до 0,3-2,4 В/м на расстоянии в 30 см. При обследовании более 200 видеотерминалов 60 фирм Великобритании установлено, что максимальный уровень рентгеновского излучения был значительно меньше допустимой интенсивности облучения для бытовой электронной аппаратуры [25].

Отягчающим работу оператора дисплея фактором является воздействие шума, основными источниками которого служат различная множительная техника, особенно механические и электрические пишущие машинки, и оборудование для кондиционирования воздуха, собственно в компьютерах – вентиляторы систем охлаждения и трансформаторы.

Некоторые авторы воспринимают шум как помеху в работе при его уровне ниже нормативных стандартов (50дБ). Поэтому при регулировании уровня шума следует учитывать напряжённость труда работающих, тем более что шум снижает работоспособность операторов. Согласно санитарным нормам (СанПин 2.2.272.4.1340-03), при решении задач, требующих концентрации внимания и принятия решения, уровни звука должны быть на 15-25дБ ниже, чем при вводе данных [20].

Видеотерминалы мощностью около 400Вт являются источником тепловыделения и причиной снижения влажности воздуха, что нарушает теплообмен рабо-

тающих в помещении сотрудников с последующим ухудшением зрения, особенно при загрязнении воздуха полихлорированными дифенилами [20].

К дискомфортным условиям работы относят также неправильно спроектированное освещение, что приводит к прямой и отражённой от экранов блескости, вуалирующему отражению, неблагоприятному распределению яркости в поле зрения [7,26,27].

Предполагается, что ритмичные изменения диаметра зрачков, которые часто выявляют у работающих с компьютерными дисплеями, являются следствием синдрома общей усталости. Вместе с изменением аккомодации и её составляющих у операторов видеотерминалов выявлено усиление рефракции на 0,25-0,5дптр и соответствующее снижение некорригированной остроты зрения [13,24].

А.В. Яворский (1994г.) изучал расстройство мышечно-го баланса глаз с помощью метода, основанного на исследовании поляризационно-оптических свойств роговой оболочки глаз, отражающих распределение внутренних напряжений в роговице [28]. Наибольшее напряжение аккомодации выявлено у гиперметропов, наименьшее – у эметропов, отсутствие его – у миопов. Эти данные позволяют объективно оценивать состояние глазодвигательного аппарата с различной рефракцией при работе с видеотерминалами и выявлять лиц, наиболее профессионально пригодных для работы с компьютерной техникой. Близкой по эффективности к этому методу находится метод измерения аккомодации и субъективное шкалирование [29].

После длительной зрительной нагрузки возникает тенденция к временному сдвигу рефракции в сторону миопии. По данным экспертов ВОЗ применение дисплеев низкого качества может способствовать развитию миопии со скоростью 1дптр в год. В результате проведённых исследований выявлено, что операторы с корректирующими очками чаще жалуются на зрительный дискомфорт [20,30].

Для изучения параметров дисплея пользователям были предложены расстояния в 63 и 92 см на уровне глаз или на 18 см ниже. Установлено, что при сокращении расстояния до экрана значительно усиливается зрительное напряжение, особенно если экран находится на уровне глаз или выше их. При свободном выборе позиции операторами дисплея большинство из них предпочли дистанцию между 60 и 100 см с горизонтальным направлением взгляда или с наклоном вниз на 16 град. [24].

Чувствительность глаза к яркости дисплея индивидуальна, поэтому некоторые авторы считают, что она должна регулироваться самими операторами. Оптимальной считается та яркость, при которой максимально проявляются контрастная чувствительность



глаз, острота зрения и быстрота различия сигналов. Это достигается при согласованности яркости фона экрана с окружающим освещением [31].

Использование экранных фильтров позволяет снизить количество жалоб на орган зрения. Фиксированные к голове пользователя приспособления, увеличивающие изображение (head-mounted video magnifiers), могут улучшать прочтение текстов, однако ограниченные возможности увеличения сужают применение таких приспособлений у пользователей с очень низкой остротой зрения [32].

Особое место при работе с компьютерной техникой занимает проблема пользователей с дефектами зрения. Важно отметить, что противопоказанием к выполнению работ по программам, в которых цвет несёт определённую информацию, являются такие грубые нарушения цветового зрения, как протанопия и дейтеранопия. Ю.З.Розенблюм и соавторы (2000г.) предложили методические рекомендации, включающие назначение пользователям ВДТ плоских линз со специальным покрытием. При нарушениях рефракции и аккомодации авторы рекомендуют назначение соответствующих корректирующих очков [33].

В последнее время всё большее распространение стали получать мониторы на жидких кристаллах. Это дисплеи с активной матрицей, которая обеспечивает лучший контраст изображения практически без мерцания благодаря постоянной яркости элементов экрана на всём интервале времени между обновлениями картинки. При этом, недостатком таких мониторов остаётся быстрое наступление зрительного утомления операторов, предположительной причиной которого служит ступенчатый характер изображения на экране [9,11,13].

Полное исследование зрения 112 сотрудников госпиталей Ирландии показало, что недостаточно были учтены эргономические аспекты условий их труда. При этом, успешная профилактика неблагоприятного влияния дисплеев на орган зрения зависит от дизайна рабочих мест, рабочей нагрузки [34]. У 152 операторов, работающих с дисплеями, из которых 50,7% были мужчины, 82,9% жаловались на проблемы с костно-мышечной системой, в основном в поясничной области, в области шеи и плеч, причиной которых были нарушения принципов эргономики. Через 2 года после её внедрения у 23,6% операторов состояние улучшилось [35].

Вместе с тем, имеются данные, что при работе с видеодисплеем утомление в зрительном анализаторе развивается уже после первого часа работы, однако его проявление быстро нивелируется развитием компенсаторных процессов [32]. Работа операторов компьютеров по интенсивности развития зрительного утомления занимает второе место после работы

водителей автобусов, так как носит малоподвижный характер и осуществляется в большинстве случаев в течение длительного периода времени без перерывов [18,20].

Для снижения опасности развития астиопии и других, в основном функциональных нарушений зрения операторов персональных компьютеров, были предложены различные методы и программы профилактики, которые составляют часть эргономики, как науки, обобщающей разные методы сохранения психофизиологических функций человека при экстремальных и пограничных проявлениях дискомфорта [36-40].

Принимая во внимание, что уже через 2 часа работы на компьютере появляются объективные изменения физиологических показателей глаза, для их профилактики необходимо через этот промежуток времени работы делать перерывы [20].

Pavlicek V. (2000г.) разработал оригинальную программу чередования работы на компьютере с краткими, 20-30 минутными перерывами, для снятия зрительного и статического напряжения, которая позволила на 50% снизить удельный вес неблагоприятных изменений в функциональном состоянии организма учащихся [12]. Во время этих перерывов рекомендуется проводить комплексы гимнастики и самомассажа, в том числе на рабочих местах, в позе «сидя» или «стоя» на основании известных разработок.

Для профилактики нарушений зрительной функции глазного анализатора при работе на компьютерах рекомендуют применение препаратов с антиоксидантной активностью, глазных капель для устранения сухости слизистой глазного яблока [37,41,42]. С этой же целью, и для повышения зрительной работоспособности были сформулированы требования к профессиональному отбору и периодическим медицинским осмотрам лиц, работающих с дисплеями, а также к рациональному режиму труда и отдыха со специальной производственной гимнастикой и самомассажем. Для этого все варианты труда с видеотерминалами были разделены на 3 категории по виду работ, количеству знаков и сменному времени пользования дисплеем. В соответствии с этими требованиями Т.А. Корнюшина (1999г.) относит работу на компьютерах в условиях сниженной освещенности к работам II А, III А и III В разрядов [43].

Несмотря на данные литературы о различных функциональных нарушениях со стороны органа зрения и опорно-двигательного аппарата, в целом у работающих с компьютерной техникой при правильном и грамотном использовании оборудования не выявлены серьезные отклонения в состоянии здоровья. Не подтверждены данные о повышении офтальмотонуса и помутнении хрусталика глаза. Более того,



можно допустить, что конъюнктивит и блефарит, частые заболевания придатков глаза, при работе с компьютерами являются защитными реакциями организма. Вместе с тем, по-прежнему требуются дополнительные исследования для установления критериев безопасности и стандартизации объёма работы, выполняемой оператором ВДТ [23,44].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, несмотря на большое количество работ, посвящённых влиянию компьютеров на орган зрения, выводы исследователей представляются в целом ряде случаев достаточно противоречивыми, что говорит о необходимости дальнейшего углублённого изучения вышеприведённых негативных проявлений со стороны зрительного анализатора и разработке более эффективных мер по их профилактике, особенно среди детей, так как детский организм является хорошим индикатором при выявлении различных изменений функциональных систем организма при работе с компьютером.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большакова В.А. Оценка влияния условий труда на функциональное состояние органа зрения пользователей персональных электронно-вычислительных машин: автореф. дисс... канд. мед. наук / В.А.Большакова. – М., - 2005. – 50с.
2. Власова Е.М. Проблемы гигиенической безопасности и управление факторами риска для здоровья населения: Сборник научных трудов / Е.М. Власова// - Нижний Новгород.- 2009.С.141-149
3. Лизулов Ю.В. Осторожно компьютер: Рекомендации по сохранению здоровья пользователей компьютеров/ Ю.В. Лизулов [и др.]- Спецлит. – 2009. 47 с.
4. Тебенова К.С. Оценка производственных условий труда операторов связи как профессиональных пользователей видеодисплейных терминалов/ К.С. Тебекова, А.А. Мусина, О.В. Гребенева// - Медицина труда и промышленная экология.-2011. №6. С.33-37
5. Зайцева Н.В. Особенности психологического статуса работающих с компьютерной техникой/ Н.В. Зайцева, У.М. Власова// - Медицина труда и промышленная экология.-2011. №1. С.14-17
6. Корнюшина Т.А. Компьютер и орган зрения / Т.А. Корнюшина, А.А. Фейгин. - М., -2001.-25с.
7. Computer / Review of Optometry. Sept. 15-1997 -P. 81-88
8. Ким И.Н. О негативном влиянии видеотерминалов на органы зрения/ И.Н. Ким, Е.В. Мегеда// - Гигиена и Санитария.- 2007. №2. С.30-34
9. Белозеров А.Е. Офтальмоэргономика и изображение на мониторе /А.Е. Белозеров// М-лы. Юбил. Всеросс. научно-пркт. конф. «Актуальные вопросы офтальмологии» - М., 2000. - 4.2.-С. 166-169.
10. Григорьян В.Г. Физиология человека / В.Г. Григорьян, А.Р. Агабабян, А.Н. Аркелян// - 2000. - № 3. – С.136-138
11. Ortiz A. Reading with a head-mounted video magnifier / A. Ortiz, S.T. Chung // Optom. Vis. Sci.- 1999. -Vol.76. -Nil.-P. 755-763
12. Pavlicek V. Active matrix liquid, crystal displays for clinical imaging. J. Digit. Image / V.J.Pavlicek // -2000.-Vol.13.-N2.-Suppi. I. -P.155-156
13. Ziefle M. Effect of display resolution on visual performance. Human Factors / M.Ziefle // -1998. -December. -P.554-568
14. Ong C. N. Musculoskeletal disorders among operators of VDT. Scand. J. Work Environ. Health / Ong C. N., Chia S. E., Iegaratnam J., Tan K. C. - 1995. -Vol.21. - N1. -P.60-64.
15. Волкова И.М. Актуальные вопросы физиологии умственного труда / И.М. Волкова, В.В. Куликовский// - Украина, Киев: Академия наук - 1995. – С.39-40
16. Мегеда Е.В., Анализ негативного воздействия и обеспечения безопасности пользователя ВДТ и ПЭВМ/ Е.В. Мегеда, И.Н. Ким// - Итоги науки и техники. Экологическая экспертиза ВИНТИ.-2005. вып. 4. С.2-69
17. Nielsen N.F. Bioelectromagnetics / N.F.Nielsen, T. Schneider// -1998.-Vol.19.-N4.-P.246-258
18. Chiasson M.N. The health planning contest and its effect on a users perception of software usefulness. Canad. J. Publ. Health / M.N. Chiasson // -2000. -Vol.91. -N3.-P.225-228
19. Тихонов М.Н. О необходимости обеспечения комплексной защиты организма пользователей при эксплуатации компьютерной техники/ М.Н. Тихонов, А.В. Беляев// - Экологическая экспертиза. Обзорная информация /ВИНИТИ. -2005.№3.- С.24-47
20. Sauter S. Ergonomics and health in modern offices / S.Sauter// - London: Taylor and Francis, 1994. -P.129-135
21. Jaschinski W. Preferred position of visual displays relative to the eyes: a field study of visual strain and individual differences. Ergonomics / W. Jaschinski, H.Heuer// -1998. -Vol. 41. - N7. -P. 1034-1049
22. Muller F. Travail sur ecran de visualization/ F. Muller.- AIMA du Bas.Rhin.2006
23. Джебраилова Т.Д. Индивидуальные особенности устойчивости к эмоциональному стрессу при работе на компьютере у школьников 15-16 лет. Физиология человека / Т.Д. Джебраилова // -1995. -№ 2.-С.44-53



24. Mahon J.K. Performance of high-efficient AMOLED displays. *Jornal of the Society for information Display* / J.K. Mahon, R.Kwong // -2001.- №6.- P. 11-19
25. Cox E.A. Radiation emission from visual display units. The longborough University of Technology, Great Britain / E.A. Cox // 1980. -P. 32-40
26. Rechichi C. Psychology of computer use: XXXVI. Visual discomfort and different types of work at videodisplay terminals. *Percept. Mot. Skills* / C.Rechichi // -1996. -Vol. 82. - 3P 1 I. -P.935-938.
27. Ким И.Н. Влияние электромагнитных полей на пользователя компьютерного оборудования / И.Н.Ким, Е.В.Мереда // -Гигиена и санитария.- 2007. №1. С.44-48
28. Яворский А.В. Оценка функционального состояния экстраокулярных мышц по поляризационно-оптическим свойствам роговой оболочки глаз у пользователей видеодисплейных терминалов персональных электронно-вычислительных машин: автореф. дисс... канд. мед. наук / А.В. Яворский. - Киев, -1994. -21с.
29. Котляр Н.Ю. Особенности развития зрительного утомления у профессиональных пользователей видеодисплейных терминалов в зависимости от вида поступающей информации: автореф. дисс... канд. мед. наук / Н.Ю. Котляр. - М., 1997. - 21с.
30. Valatis R. Community computing perception of technology. *J. Telemed* / R.J. Valatis // -2000. -Vol.6 - Suppl.2.-P.805-835
31. Byers M. M. Computerizing your operator. *New York State Dent. J.*, /M.M. Byers // - 2000. -Vol. 66. N-7. -P. 36-39
32. Кураев Г.А. Здоровье и образование / Г.А. Кураев // - С-Пб., 1999. - С.117-119
33. Розенблюм Ю.З. Оптическая коррекция пользователей компьютеров: Методические рекомендации / Ю.З.Розенблюм [и др.] // Русский офтальмологический журнал. -2000. -№1. -С.11-18
34. Jackson A.J. Vision screening, eye examination and riskassessment of display screen users in a large regional teaching hospital. *Ophtalmic Physiol. Opt* / A. J. Jackson [et al.]// - 1997.-Vol.17.-N3. -P. 187-195
35. Mbaye I. Enquete sur lapathologie liee a Tutilisation desecrans de visualization. *Dakar Med* / I. Mbaye [et al.] // -1998. - Vol.43. - N1. -P.37-40
36. Литвак И.И. Эргономическая безопасность при работе с компьютером. *Пробл. информ / И.И. Литвак* // - 1996. - № 3. - С.7-10
37. Crouch S.R. The amazing evaluation of computerized instrumentation. *Annal. Chem* //S.R. Crouch// -2000.-Vol.72. -N17.-P.596A-603A
38. Saito S. Ergonomic evaluation of working postlire of VDT operation using personal computer with flat panel display bid / S. Saito [et al.]// *Health*.-1997.- Vol.35. -N2.-P. 264-270
39. Tokarski T. Practical application of ergonomic settings of typical computerized work stations. *Int. J. Occup. Safety Ergonom* / T. Tokarski // -2000.-Spec. P. 119-126
40. Ukai K. Indused pupillari hippos following near vision: increased occurrence in visual display unit workers. *Ergonomics* / K. Ukai [et al.]// -1997. -Vol.40.-Nil.-P.1201-1211
41. Acosta M.C. The influence of eye solutions on blinking and ocular comfort at rest and during work at video display terminals / M.C.Acosta, J.Sallar, C.Belmonte // *Exp. Eye Res.* - 1999. -Vol 68.-N 6. -P. 663-669
42. Liaw S.T. Computers education. *Aust. Fam. Physician* / S.T. Liaw // -2000. -Vol.29. -N8. -P. 802-805
43. Корнюшина Т.А. Физиологические механизмы развития зрительного утомления и перенапряжения и меры их профилактики: автореф. дисс... докт. биол. наук / Т.А. Корнюшина. - М., 1999.-46с.
44. Sanchez - Roman F.R. Risk factors for asthenopia among computer terminal operators. *Salud. Publica Mex* / F.R.Sanchez-Roman [et al.]// -1996.-Vol. 38



Summary

Actual issues of effect of video display terminals on the vision

A.B. Babaev, Sh.K. Makhmadov

Problems of occupational users of video displays are among the most urgent problems of modern medicine as well as continually expanding the scope of computer technology and the rapid growth of the contingent of people involved in this process.

This review presents various aspects of the effects of video display terminals in the eyes of man, from asthenopia manifestations to objective changes in the visual system. However, still more research is needed to establish the criteria for safety and hygiene standards when working with computers, as well as prevention of violations of human visual function, especially in children.

Key words: video display terminals, computer syndrome, organ of vision, eye fatigue, prevention of eye syndrome

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

А.Б. Бабаев – заведующий кафедрой общей гигиены и экологии ТГМУ;
Таджикистан, г.Душанбе, ул. И.Сомони, 59; Тел.: (+992) 236-32-71



Течение беременности и родов у женщин с дефектом межжелудочковой перегородки

Н.С. Талбова

Таджикский НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии МЗ РТ

В обзоре литературы приводятся вопросы ведения беременности и родов на фоне заболеваний сердца, в частности дефекта межжелудочковой перегородки. Описан механизм гемодинамических перестроек и расстройств в организме при физиологической беременности и на фоне дефекта межжелудочковой перегородки. Тактика ведения беременности при данной патологии либо прерывания её зависит от степени выраженности нарушений кровообращения и лёгочной гипертензии.

Ключевые слова: беременность, врождённый порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки

Сердечно-сосудистая патология у беременных до настоящего времени является одной из ведущих проблем практической и научной медицины. Ещё большую актуальность приобретает данная группа заболеваний при беременности на фоне пороков сердца [1]. По данным ряда исследователей, в 80-90-х годах прошлого столетия приблизительно 1-2% беременных страдали заболеваниями сердца, но эта цифра постепенно увеличивается [2]. Частота обнаружения болезней сердца у беременных колеблется в последние годы от 0,4% до 4,7% случаев [3].

Сведения о частоте сердечно-сосудистых заболеваний у беременных и летальности от этих заболеваний значительно варьируют в статистических данных разных стран, различных клиник и исследователей, что в значительной степени зависит от различий в организации медицинской помощи – акушерской и кардиологической в обследовании, наблюдении и лечении этой группы беременных. По данным зарубежных авторов в Великобритании на долю именно врождённых пороков сердца (ВПС) приходится около 50% от общего числа пороков сердца во время беременности [4].

В структуре материнской смертности среди экстрагенитальных заболеваний – врождённые пороки сердца занимают одно из ведущих мест.

Так, В.Н. Серов отмечает, что в структуре материнской смертности заболевания сердца у беременных занимают четвёртое место (после инфекций, преэклампсии и кровотечений) [5].

Если в прошлом при выявлении у беременной заболевания сердца почти с неизбежностью вставал вопрос о необходимости прерывания беременности, то в настоящее время благодаря достижениям современной медицины всё большее число больных женщин с приобретёнными и врождёнными дефектами достигает детородного возраста [6]. К тому же только 3% беременных с ВПС соглашаются на прерывание беременности [2,7,8].

Беременность – весьма динамичный процесс, изменения гемодинамики, гормонального профиля и многие другие физиологические функции происходят при ней постепенно. Физиологические изменения, происходящие в организме беременной женщины, способствуют адаптации сердечно-сосудистой системы к возрастающим метаболическим потребностям организма матери, следовательно, адекватной доставке оксигенированной крови к периферическим тканям и плоду. Эти изменения касаются объёма циркулирующей крови (ОЦК), растяжимости и сопротивления периферических сосудов (влияя на постнагрузку), функции и сократительной способности миокарда, частоты сердечных сокращений и нейроэндокринной системы. Женщины, не страдающие заболеваниями сердца, хорошо переносят эти приспособительные изменения, и нарушения функции сердечно-сосудистой системы встречаются у них редко. При серьёзных структурных поражениях сердца у беременной повышенные требования к сердечно-сосудистой системе могут привести к декомпенсации сердечной деятельности, нарушению сердечного ритма и летальному исходу [9,10].



На сегодняшний день проведены весьма серьёзные исследования в области изучения состояния сердечно-сосудистой системы при изменениях, связанных с процессом беременности, родов и послеродового периода [6,8,11]. В первом триместре беременности происходит резкое увеличение объёма циркулирующей крови, достигая максимума примерно к 30 неделям. В целом ОЦК возрастает на 30-50%, в основном за счёт циркулирующей плазмы (физиологическая гиперволемиа, при многоплодии больше, чем при одноплодной беременности), ударный объём и в меньшей степени, частота сердечных сокращений увеличиваются, прогрессивно нарастает сердечный выброс. Это увеличение достигает 40-50% по сравнению с показателями до наступления беременности и сохраняется в течение всей беременности. Артериальное давление уменьшается в систолу на 5-6 мм.рт.ст., а диастолическое – на 6-20 мм.рт.ст., начиная с 20 недели артериальное давление повышается, приближаясь к норме. Среднее артериальное давление возрастает с 95 до 105 мм.рт.ст., что облегчает перенос кислорода от матери к плоду [12,13]. Гемодинамические изменения, связанные с беременностью, в большинстве случаев возвращаются к норме в пределах 1-3 суток после родоразрешения, но этот процесс может затянуться вплоть до 1 недели [9]. Эти изменения характерны для физиологически протекающей беременности и при адекватном функциональном состоянии сердца и сосудов. Но при наличии врождённых либо приобретённых аномалий, данные гемодинамические сдвиги, характерные для процесса гестации могут стать фатальными и привести к неблагоприятным исходам [4,14].

В практической деятельности врачам удобно пользоваться простым делением врождённых пороков сердца на 3 группы:

- пороки сердца бледного типа с артериовенозным шунтом (дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, открытый артериальный проток);
- пороки сердца синего типа с веноартериальным сбросом (транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, атрезия трёхстворчатого клапана);
- пороки сердца без сброса, но с препятствием к выбросу крови из желудочков (стеноз лёгочной артерии, стеноз аорты, коарктация аорты).

Как показывают данные многих исследователей, наиболее часто у беременных женщин встречаются пороки со сбросом крови слева направо [15,16]. Одним из них является дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), который составляет около 20% от числа всех случаев врождённых аномалий сердца [16,17]. По данным Таджикского научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и перинатологии частота ДМЖП составляет

27% от общего количества пациенток с заболеваниями сердца [18]. Согласно данными зарубежных авторов среди беременных с ДМЖП встречается в 18% – 40% случаев от всех пороков сердца [8].

Дефект межжелудочковой перегородки характеризуется аномальным сообщением между левым и правым желудочками вследствие нарушения развития межжелудочковой перегородки на различных её уровнях. ДМЖП обнаруживается или как единственная аномалия развития (т.н. изолированный дефект межжелудочковой перегородки), или является обязательным компонентом более сложного комплекса внутрисердечной аномалии (тетрада Фалло, отхождение сосудов от правого желудочка, атрезия одного из атриовентрикулярных отверстий и др.). Встречается с одинаковой частотой среди мужчин и женщин. Выделяют 2 основных варианта дефекта межжелудочковой перегородки: в мембранозной и мышечной части. Наиболее частая локализация дефекта – мембранозная часть перегородки. Размер дефекта может колебаться от 1 до 30 мм, дефект может иметь различную форму (круглую, эллипсовидную). Гемодинамическое значение имеет размер дефекта, а не его локализация. Принципиальное значение имеет выделение низкого и высокого дефектов межжелудочковой перегородки (МЖП).

Низкий ДМЖП располагается в мышечной части МЖП (болезнь Толочинова-Роже), сброс крови слева направо при таком пороке незначительный, дефекты имеют диаметр менее 1 см, гемодинамические нарушения практически отсутствуют, и этот порок имеет благоприятное течение.

Высокий дефект МЖП характеризуется значительным сбросом крови слева направо, что приводит к переполнению сначала правого желудочка (ПЖ), системы лёгочной артерии (ЛА), а затем левого предсердия (ЛП) и левого желудочка (ЛЖ). Перегрузка объёмом сопровождается увеличением правых и левых отделов сердца. Возникает рефлекторный спазм артериол и системы ЛА (рефлекс Китаева), направленный на предотвращение выраженной лёгочной гиперволемии и отёка лёгких, при этом повышается давление в ЛА и ПЖ. Когда давление в ПЖ сравняется с давлением в ЛЖ возникает переменный сброс, а при превышении давления в ПЖ возникает сброс справа налево, появляется цианоз, усиливается одышка – развивается синдром Эйзенменгера. Характерными признаками синдрома Эйзенменгера и пограничных с ним состояний является полное отсутствие перегрузок левого желудочка, его небольшой объём и выраженная гипертрофия правого желудочка [19].

При небольших дефектах межжелудочковой перегородки беременные жалоб не предъявляют, при осмотре каких-либо особенностей не выявляется.



Большую информацию при этом пороке можно получить при аускультации. Отмечают акцент и расщепление II тона над лёгочной артерией, характерен грубый систолический шум с максимальным звучанием в третьем-четвёртом межреберье у левого края грудины. При значительном дефекте шум очень грубый и разлитой. По мере развития лёгочной гипертензии интенсивность шума может уменьшаться и возникает дующий диастолический шум над клапаном лёгочной артерии (в этой стадии появляется цианоз, обусловленный тем, что шунт становится двусторонним) [20].

Существуют следующие методы исследования сердца: ЭКГ, фонокардиография, реография, ангиокардиография, ультразвуковые методы, магнитно-резонансная томография. Одно из ведущих мест среди методов диагностики ВПС занимает эхокардиография, которая является ключевым методом установления диагноза, обеспечивает всю необходимую клиническую информацию и позволяет отказаться от рентгенологических методов исследования грудной клетки, нежелательных во время беременности [21].

Несмотря на доступность медицинской помощи, в большинстве случаев диагноз врождённого порока сердца впервые выявляется именно во время беременности. В такой ситуации необходимо подтверждение топического диагноза, оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы и, что немаловажно, доступные и безопасные для беременной и плода методы.

Некоторые больные со стабильным давлением в малом круге и непредъявляющие жалоб могут перенести беременность без осложнений. У других беременность протекает во многом также, как у больных с первичной лёгочной гипертензией, то есть с прогрессированием правожелудочковой недостаточности и высоким риском заболеваемости и смертности [22]. По мнению С.Окли риск неблагоприятного завершения беременности следует считать высоким, если давление в малом круге превышает на три четверти давление в большом круге [9].

В целом материнская смертность при синдроме Эйзенменгера колеблется от 30 до 60% [9,20]. Согласно опубликованным данным, большая часть материнских смертей происходит в течение 30 дней после родов, а не в течение беременности, схваток или родов. Чаще всего причиной смерти больных с синдромом Эйзенменгера является тромбоэмболия лёгочной артерии, гиповолемия, тромбоэмболия сосудов головного мозга. Диагностика ДМЖП до развития синдрома Эйзенменгера не представляет больших трудностей и обычно его определяют в раннем детстве [3,23].

Течение беременности и родов при низком ДМЖП благоприятное.

При высоком ДМЖП тактика зависит от степени лёгочной гипертензии и стадии сердечной недостаточности (СН). При незначительной лёгочной гипертензии и СН I ст. (I функциональный класс по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца – NYHA), беременность не противопоказана, роды проводят через естественные родовые пути (с исключением потуг). При умеренной и высокой лёгочной гипертензии, а также при наличии симптомов нарушения кровообращения (НК), соответствующих III-IV ФК (NYHA) пролонгирование беременности противопоказано. В случае пролонгирования беременности практически на весь гестационный период рекомендуется стационарное лечение, показано абдоминальное родоразрешение.

В послеродовом периоде может возникнуть потенциальный риск возникновения реверсии шунта при значительной гипотензии в результате кровопотери. При наличии синдрома Эйзенменгера рекомендуется прерывание беременности в I триместре на фоне мониторинга центральной гемодинамики [9,22,23].

Развитие плода при дефекте межжелудочковой перегородки у матери не страдает, 89% детей рождаются в срок. Врождённые пороки сердца выявляются у них по разным данным от 4 до 22% [3,24,25].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, из литературных источников информации видно, что беременность сопряжена с огромным риском возникновения различных осложнений у женщин с дефектом межжелудочковой перегородки. Нет единой точки зрения на принципы ведения беременности у данного контингента женщин, недостаточно освящены критерии выбора методов родоразрешения, не освящены вопросы предгравидарной подготовки. Это связано, прежде всего, с подчас разобщённой работой акушеров, кардиологов и кардиохирургов.

В связи с вышеизложенным, становится особенно необходимой разработка унифицированных подходов к ведению беременности, родов и послеродового периода у данного контингента больных и создание единой системы оказания квалифицированной помощи беременным с ДМЖП.



ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурахманов Ф.М. Течение и исходы беременности и родов при заболеваниях сердца /Ф.М. Абдурахманов, Г.Т. Расулова, З.Ф.Мурадова // Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С.3-4
2. Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая патология / Л.В. Ванина. // – М.: Медицина, 1991. – 224с.
3. Стрижак Н.В. Течение беременности, родов, перинатальные исходы и организация акушерской помощи беременным женщинам с врожденными пороками сердца: дис. ... канд.мед.наук / Н.В. Стрижак. // – Красноярск, 2009. – 117 с.
4. Connolly H.M. Pregnancy in women with congenital heart disease / H.M. Connolly // Curr. Cardiol. Rep – 2005. – Vol. 7, №4. – P. 305-309
5. Серов В.Н. Профилактика осложнений беременности и родов / В.Н. Серов // Русский медицинский журнал. – 2002. – Том 11, №16. – С. 889-891
6. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных / В.И.Медведь. – Киев: «Гидромакс», 2007. – 167 с.
7. Козина О.В. Психологические аспекты и качество жизни беременных с соединительно-тканными дисплазиями сердца / О.В. Козина // Мать и дитя: матер. I Регионального научного форума. – Казань, 2007. – С. 72-73
8. Almange C. Pregnancy and congenital heart disease / C. Almange // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. – 2002. – Vol.95, №11. – P. 1040-1044
9. Oakley C. Heart Disease in Pregnancy / C. Oakley, C.A. Warnes//. Second edition – 2007. Vol. 4, №6. – P. 43-50
10. Head C.E. Congenital heart disease in pregnancy / C.E. Head, S.A. Thorne // Postgrad. Med.J. – 2005. – Vol. 81, №955. – P.292-298.
11. Абдурахманов Ф.М. Приобретенные пороки сердца и беременность / Ф.М. Абдурахманов, Э.Ф. Ризоев // Научно-практический журнал «Модар ва кудак». – 2010. – №2. – С. 69-72
12. Авдеева М.В. Особенности нейрогуморальной регуляции системы кровообращения при физиологической беременности / М.В. Авдеева, Л.В. Щеглова // Акушерство и гинекология – 2007. – №4. – С. 3-6
13. Kohler F. Pregnancy and congenital heart defects / F. Kohler, P. Fotuhi, G. Baumann // Z.Kardiol. – 2001. – Bd. 90, №4. – S. 30-35
14. Затицян Е.П. Врожденные и приобретенные пороки сердца у беременных / Е.П. Затицян. – М.: Триада-Х, 2004. – 294 с.
15. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада-Х, 2003. – 816 с.
16. Окорочков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н.Окорочков // Диагностика болезней сердца и сосудов. – М.: МедЛит, 2009. – Т.6 – 464 с.
17. Национальные клинические рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями сердца. Сборник // Под. ред. Р.Г.Оганова – 2-е издание – М.: Силиция – Полиграф, 2010. – 586 с.
18. Отчёт ТНИИ АГиП о практической и научной деятельности за 2009. – Душанбе, 2009.
19. Сафир Д.И. Сердечно-сосудистая патология и беременность / Д.И. Сафир, Е.В.Струбовщикова / Под редакцией проф. Я.С.Гольберга. – Барнаул, -2003. – 170 с.
20. Беременность и врожденные пороки сердца / Под ред. А.Д. Макацария, Ю.Н. Беленкова, А.Л.Бейлина. – М.: Руссо, 2001. – 416 с.
21. Keser N. Echocardiography in pregnant women / N. Keser // Anadolu Cardiol. Derg. – 2006. – Vol.6, №2. – P.169-173
22. Акушерство. Под ред. Г.М. Савельевой – М. «Медицина», -2000. – 824 с.
23. Pregnancy in patients with Eisenmenger's syndrome. Experiences from Vilnius 1967-2003 /A.Dranenkiene, C.F.Opitz, L.Gumbiene et.al. // Dtsch. Med.Wochenschr. – 2004. – Br.129, №30. – S. 35-39.
24. Барашнев Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. / Ю.И. Барашнев. – М.: Триада-Х, -2004. – 560 с.
25. Войцехович Б.А. К вопросу о распространенности врожденных пороков развития / Б.А. Войцехович, Л.Г. Тисленко // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №4. – С. 7-11



Summary

Pregnancy and delivery in women with ventricular septal defect

N.S. Talbova

Review has shown the issues of pregnancy and childbirth in heart disease, particularly ventricular septal defect. The mechanism of hemodynamic reorganization and disorders in the body in physiological pregnancy and in the background of ventricular septal defect is described. Clinical management of pregnancy in this pathology, or interrupt it depends on the severity of circulatory disorders and pulmonary hypertension.

Key words: pregnancy, congenital heart disease, ventricular septal defect

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Н.С. Талбова – научный сотрудник акушерского отдела ТНИИ АГиП;
Таджикистан, г. Душанбе, ул. Мирзо Турсунзаде, 31. Тел.: 227-46-70



К вопросу об изучении сочетанных эндодонтопародонтальных поражений опорных зубов при протезировании

Ш.Ф. Джураева*, Х.С. Шарипов

*Кафедра терапевтической стоматологии;
ортопедической стоматологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

Ортопедическое стоматологическое лечение невозможно без предварительной подготовки полости рта к протезированию зубов. Зуб с пародонтом рассматривается как единая функциональная и морфологическая система, поражение отдельных частей которой совместно вовлекает их в патологический процесс. Наличие сочетанной патологии пародонта и периодонта у пациентов не только затрудняет диагностику, прогноз основного заболевания, осложняет лечение, но и в конечном итоге, влияет на эффективность стоматологической реабилитации пациентов.

Ключевые слова: эндодонтопародонтальная патология, эндодонт, пародонт

Постоянный рост числа больных, страдающих воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области одонтогенного и пародонтогенного происхождения вновь и вновь ставит вопрос как о качестве эндодонтических вмешательств, так и об эффективной, адекватной терапии воспалительных заболеваний пародонта [1].

В последнее время всё чаще говорят о так называемом эндодонтопародонтальном синдроме, вопросы которого в литературе освещены недостаточно [2-5].

Анатомическая и функциональная общность пульпы и пародонта определяет высокую степень вероятности совместного вовлечения их в патологический процесс. Поэтому сочетанные поражения эндодонта и пародонта, когда эндодонтическая патология развивается на фоне уже имеющегося у пациента пародонтита, занимают особое место в клинической практике как врача стоматолога-терапевта, так и ортопеда. В современной стоматологической науке такие поражения обозначаются различными терминами: пародонтальный синдром [4], пульпарно-пародонтальные поражения, пародонтально-эндодонтические поражения [2], эндо-пародонтальная патология [5], сочетанная эндодонтико-пародонтальная патология [3].

Неоспоримым фактом является единство таких структур, как зуб и пародонт. Общность этих составляющих структур полости рта подчёркнута в работах ряда исследователей. Проведён анализ путей распространения инфекционного воспаления с

тканей пародонта на пульпу зубов. Однако исследователи не могут дать однозначного ответа по поводу врачебной тактики при протезировании, если эти изменения существенны [6-8].

В работах Цепова Л.М. при обследовании пациента с сочетанной эндодонто-пародонтальной патологией рекомендуется анализировать не только симптоматику и особенности течения «доминирующего» поражения, которым в силу выраженной клинической симптоматики является эндодонтическая патология, но и клинические проявления патологии пародонта. В процессе обследования необходимо выяснить, явилось ли развитие эндодонтической патологии осложнением пародонтита (например, ретроградный пульпит) или это самостоятельное заболевание, течение которого «накладывается» на пародонт с развитием синдрома взаимного отягощения [9].

Мы считаем, что для практических врачей необходимо сначала определить эндодонтическую патологию в опорных зубах мостовидных протезов. Из опыта своей работы рекомендуем провести тщательное повторное эндодонтическое лечение зубов, которое будет способствовать быстрой регенерации тканей периодонта. При этом дополнительно проведённая пародонтологическая терапия улучшит не только состояние маргинального периодонта, но и повысит резистентность комплекса тканей пародонта в целом.

По мнению Васильева В.Г. способность периодонта опорных зубов мостовидного протеза к повышенной жевательной нагрузке зависит от сочетания 3-х



основных факторов: 1) степени атрофии десневого края и костной ткани альвеолы корня зуба; 2) степени подвижности зуба и 3) самое главное – от функционального состояния пародонта, а именно его резервных компенсаторных свойств выдерживать дополнительно жевательные нагрузки. И здесь немаловажное значение приобретают вопросы своевременного контроля, ранней и объективной диагностики патологических изменений в тканях, окружающих опорные зубы, ортопедических конструкций. Это является определяющим моментом при прогнозировании результатов ортопедического лечения [10].

Маланьин И.В. освещает вопрос на современном уровне развития эндодонтии. Исследователь считает, что апикальное отверстие является не единственным отверстием, через которое пульпа сообщается с периодонтальной связкой. Латеральные каналы являются нормальным анатомическим образованием многих зубов, особенно в апикальной трети корня и в области разделения корней моляров. Поэтому в периодонтальной связке в местах выходов латеральных каналов развивается такая же воспалительная реакция, как и в области верхушки корня. Апикальная область при этом может поражаться или оставаться невовлечённой. Заболевание пульпы может оказывать прямое воспалительное влияние на ткани пародонта путём его непосредственного распространения через апикальное отверстие, латеральные каналы и дентинные каналы [11].

По мнению Фэлэйс Д. и соавт. пульпа зубов со своими защитными механизмами существует автономно, но, как и другие ткани организма, подвержена процессам старения. На фоне воспаления пародонта и нарушений микроциркуляции, свойственной этому заболеванию, физиологический возраст пульпы превышает хронологический [12].

Вместе с тем, другие исследователи при изучении состояния микроциркуляторного русла пульпы зубов больных разных возрастных категорий, с наличием пародонтита отмечали нарушения кровообращения и снижение интенсивности кровотока. Исследуя эти вопросы, учёные пришли к выводу, что одной из причин таких изменений в пульпе зубов являются пародонтальные карманы. По мере углубления, они отсекают пути дополнительного кровоснабжения через боковые микроканалы корня зуба [1, 13].

Важность сочетанного эндодонтического-пародонтального поражения, которое необходимо учитывать при рациональном ортопедическом лечении, показана в работах некоторых исследователей. Первым следствием влияния пародонтита на пульпу может быть её дегенерация. При некоторой резорбции дентина выявлено формирование иррегулярного или репаративного дентина. Доказано, что при нару-

шении кровоснабжения пульпы усиливается дистрофическая кальцификация, фиброз, резорбция коллагена и воспаление. Исследования показали, что влияние патологии пародонта на пульпу проявляется позже и реже, чем влияние пульпы на пародонт [14-16].

Одним из важнейших элементов комплексной терапии заболеваний органов полости рта, является создание оптимальных окклюзионных соотношений естественных или искусственных зубных рядов, контроль и оценка проводимого и законченного лечения. Проблемой окклюзионной реабилитации больных с нарушением непрерывности зубных рядов занимались учёные, которыми и были разработаны концепции идеальной и травматической окклюзии. В ряде исследований обоснованы методы окклюзионной реабилитации больных с заболеваниями пародонта [17-19].

При изменении окклюзионных соотношений как при проводимом лечении, так и при развитии патологического процесса в тканях пародонта изменяется направление сил, воздействующих на зубы [20]. В свою очередь, сосудистая система пародонта и костная ткань реагируют на это развитием воспалительно-дистрофического процесса.

В целом, проанализировав доступные нам сведения исследователей по вопросам эндопародонтальных осложнений зубов, у нас сформировалось мнение, что при протезировании необходимо учитывать имеющееся между полостью рта и корневым каналом сообщение, в котором развивается бактериальная флора, способная вызвать деструктивные изменения в периодонте. При этом ряд авторов показывает, что особые условия среды корневого канала стимулируют избирательный рост некоторых видов бактерий. Почти 90% встречающихся в корневом канале бактерий являются анаэробными. Продолжительное инфицирование корневого канала приводит к преобладанию представителей таких облигатно-анаэробных групп бактерий, как бактероиды, фузобактерии, а также пептострептококки [21, 22].

Суммируя данные литературы, можно определить, что эндопародонтальный синдром – это специфическая комбинация нескольких, внутренне взаимосвязанных признаков пульпита (пародонтита) и пародонтита, совокупность симптомов, объединённых единым патогенезом. Диагностика таких поражений и врачебная тактика при этом, - отмечает Н.В. Сорокина, - представляются довольно сложными, так как только с помощью клинических методов невозможно установить, поражена ли пульпа и/или пародонт на самом деле [23].

В этом случае, по нашему мнению, ранняя диагностика сочетанных эндодонтических и пародонтологиче-



ческих поражений играет решающую роль. Пока не сформированы полностью эти изменения, патология легче поддаётся лечению как в эндодонтическом, так и пародонтологическом плане. Определяющими факторами являются используемые способы препарирования корневых каналов, характер их медикаментозной обработки, уровень пломбирования каналов, материал корневых пломб, комплексный подход к терапии заболеваний пародонта. При этом отягощающим фактором является наличие у пациентов сопутствующей патологии.

Туркина А.Ю., исследуя этот вопрос, определила, что важным фактором появления боли после пломбирования является выведение опилок дентина в периапикальную область при некачественной инструментальной обработке канала. Этот же автор сравнила методы препарирования «степ-бэк» и «краун-даун» и доказала, что методика «краун-даун» в наименьшей степени способствует проталкиванию опилок «за апекс» [24].

Хрестоматийным примером проявления сочетанных поражений пародонта и эндодонта зубов, обусловленных целым рядом неблагоприятных внешних и внутренних нарушений жизнедеятельности организма, могут служить пациенты, страдающие сахарным диабетом. Автор считает, что потребность в лечении осложнений кариеса зубов (пульпиты, периодонтиты) высокая в начальной стадии заболевания. По мере увеличения степени тяжести углеводного обмена этот показатель сокращается за счет возрастания количества удалённых зубов, что впрямую свидетельствует о влиянии основного заболевания (фактор риска) на состояние структурных единиц тканей пародонта, приводящее к преждевременному удалению зубов среди обследованных лиц [25].

Анализ литературы показывает разноречивость мнений по вопросу ортопедического лечения при комплексной стоматологической реабилитации больных сахарным диабетом в зависимости от типа диабета, от длительности заболевания, степени компенсации, наличия осложнений и снижения иммунобиологических защитных механизмов [26,27].

С точки зрения протезирования пациенты с заболеванием периодонтальных тканей и сопутствующими заболеваниями (факторы риска), утратившие большинство зубов, особенно премоляров и моляров, образуют группу лиц, которым требуется неординарный подход к решению проблемы замещения дефектов зубных рядов.

Установлено, что благоприятный прогноз протезирования зависит не только от разнообразия дефектов зубных рядов и их сочетаний, но и от особенностей прикуса, состояния пародонта, качества эндодонтического лечения опорных зубов [28-30].

Разрабатывая этот вопрос, Маланьин И.В. пришёл к мнению, что ортопедическое лечение пациентов с ослабленной периодонтальной тканью ставит следующие задачи: 1) вернуть зубному ряду утраченное единство и превратить в неразрывное целое; 2) правильно распределить жевательное давление; 3) предохранить зубы от травмирующего действия горизонтальной перегрузки [11].

Очевидную значимость представляют результаты комплексного исследования, позволяющие определить развитие патологического процесса в пульпе и пародонте больных генерализованным пародонтизом тяжёлой степени в виде «эффекта перманентного бумеранга». На фоне нарушений трофики и дистрофических изменений существует длительное взаимодействие между микрофлорой пародонтальных карманов и пульпой, усугубляющее хроническое воспаление и, тем самым, снижающее защитные свойства зубодесневого комплекса [31].

Общеизвестно, что выход токсических продуктов некротизированной пульпы в периапикальную область приводит к её воспалению. По мере расширения кровеносных сосудов и накопления жидкости, давление в периапикальной части может увеличиваться. Нередко накопление жидкости становится просто невыносимым и сильная боль, если её не облегчить, может достичь уровня, когда не будут помогать даже сильные наркотические анальгетики. Однако удаление остатков пульпы может оказаться недостаточным, и тогда единственной альтернативой становится прямой доступ к верхушке через кость. Данная операция является достаточно травматичной и довольно сложна по техническому исполнению [16].

Известно, что хроническое воспаление периодонта протекает на фоне существенного изменения местных защитных реакций как специфического, так и неспецифического характера. Компоненты специфической и неспецифической иммунной защиты полости рта действуют комплексно, создавая несколько путей иммунного ответа. Но при эндодонтических патологиях происходит сбой в антибактериальном барьере полости рта [14,32].

ТАКИМ ОБРАЗОМ, зуб с пародонтом рассматривается как единая функциональная и морфологическая система, поражение отдельных частей которой совместно вовлекает их в патологический процесс. У больных с воспалительными заболеваниями пародонта нередко выявляются дополнительные периодонтальные очаги хронической инфекции. Наличие сочетанной патологии пародонта и периодонта у пациентов не только затрудняет диагностику и прогноз основного заболевания, но и осложняет лечение, что в конечном итоге, влияет на эффективность стоматологической реабилитации пациентов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Карнаева А.С. Вакуумтерапия при лечении острого и обострении хронического периодонтита: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.С. Карнаева. –М., 2005. –22с.
2. Бризено Б. Пародонтально-эндодонтические поражения / Б. Бризено // Клиническая стоматология. -2002. -№4. –С. 26-29
3. Маланьин И.В. Современные методы комплексной терапии заболеваний пародонта: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / И.В. Маланьин. –Волгоград, -2005. -38с.
4. Мороз П.В. Эндодонтическое лечение в комплексной терапии эндопародонтального синдрома / П.В. Мороз // Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции. –М., -2004. –С. 169-171
5. Dixon D.R. Commencal bacteria influence innate status within periodontal tissues / D.R. Dixon, R.A. Reife // J.Periodontol. -2006. –Vol. 75. –P. 1247-1329
6. Новгородский С.В. Опыт комплексного лечения эндопародонтального синдрома / С.В. Новгородский, Н.В. Новосядлая, А.Е. Берёзина // Материалы X международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. –С-Пб, -2005. –С. 124-125
7. Орехова Л.Ю. Иммунологические механизмы в патогенезе воспалительных заболеваний пародонта: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Л.Ю. Орехова. –Санкт-Петербург, 1998. -26с.
8. Симон Д.Х.С. Патология пульпы / Д.Х.С. Симон // Эндодонтия, С-Пб.: Мир и семья – 95, Интерлайн. -2000. –С. 312-333
9. Цепов Л.М. Патология пародонта как проявление соматических заболеваний / Л.М. Цепов, А.И. Николаев // Пародонтология. -1998. -№1. –С. 31-38
10. Васильев В.Г. Особенности функционального состояния кровообращения пародонта после препарирования депульпированных зубов под искусственные коронки / В.Г. Васильев, А.А. Прохончуков // Стоматология. -1999. -№2. – С. 14-19
11. Маланьин И.В. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний пародонта / И.В. Маланьин. –Краснодар, -2004. -144с.
12. Фэлэйс Д.А. Экстренная помощь в стоматологии / Д.А. Фэлэйс. –М.: Медицинская литература, -1999. -434с.
13. Чертыковцев В.Н. Пульпа зуба / В.Н. Чертыковцев. –М.: Медицина, 1999. -345с.
14. Чурилов Л.П. Механизмы развития стоматологических заболеваний: учебное пособие / Л.П. Чурилов, М.А. Дубова, А.И. Каспина. – СПб.: «ЭЛБИ-СПб», 2006. – 534с.
15. Шмаиль К.В. Современные взгляды на иммунологию пародонта / К.В. Шмаиль, О.В. Беляева, В.А. Черешнёв // Стоматология. -2003. -№1. –С. 61-64
16. Darveau R.P., Tanner A., Page R.S. The microbial challenge in periodontitis / R.P. Darveau, A. Tanner, R.S. Page // J.Periodontol. -2000. –Vol. 14. –P. 12-32
17. Иванов Ю.Н. Морфологическое и биохимическое обоснование ортопедического лечения включенных дефектов боковых отделов зубных рядов мостовидными протезами: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Ю.Н. Иванов. –М., -1995. -25с.
18. Холстинина Е.А. Супрааномалия клыков. Принципы реабилитации / Е.А. Холстинина //Материалы XII и XIII Всероссийских научно-практических конференций и труды IX съезда Стоматологической ассоциации России. – М., -2004. –С. 505-506
19. Шевченко Д.П. Зависимость реакции пульпы зуба от объёма препарирования и остаточной толщины твёрдых тканей / Д.П. Шевченко // Институт стоматологии. -2003. - №3. –С. 75-78
20. Горохов М.Ю. Сохранение окклюзионных и артикуляционных взаимоотношений зубных рядов / М.Ю. Горохов, В.В. Васильев // Материалы VII Всероссийского научного форума с международным участием. –М., 2005. –С. 81-82.
21. Мюллер Х.П. Пародонтология / Х.П. Мюллер. –Львов: ГалДент, -2004. -256с.
22. Соловьёва А.М. Совершенствование методов профилактики и лечения хронической очаговой одонтогенной инфекции: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / А.М. Соловьёва. –С-Пб., -2000. -35с.
23. Сорокина Н.В. Эндодонтические вмешательства у больных пародонтитом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Сорокина. –Смоленск, 2007.-22с.
24. Туркина А.Ю. Современные методы механической и медикаментозной обработки корневых каналов зубов: учебно-метод. рекомендация / А.Ю. Туркина, И.М. Макеева, Н.С. Жохова. – М., 2006. – 26 с.
25. Джураева Ш.Ф. Ассоциированные параллели в течении основных стоматологических заболеваний и сахарного диабета: автореф. дис. д-ра мед. наук / Ш.Ф. Джураева. –М., 2010. – 46с.
26. Джемилева Т. Заболевания пародонта / Т. Джемилева. АЦЕР: София, 2006. –370с.



27. Мартюшева М.В. Взаимосвязь заболеваний пародонта и сахарного диабета / М.В. Мартюшева, В.И. Волкова // Актуальные вопросы курортологии. – Пермь, -2004. –С. 273-278
28. Coen S. One visit endodontic treatment / S. Coen // The New Mentor Group. – 2002. –P. 18-32
29. Mohammed I. A visual method of determining marginal placement of crowns: Part II. Marginal placement of posterior crowns / I. Mohammed, K.D. Jamani, M.A. Fayyad // J. Quintessence International. -1995. -Vol. 26, -N6. -P. 419-420
30. Mondelli F.L. Effects of difference preparation designs on the marginal fit and tensile strength of metal casts made on full crown preparation / F.L. Mondelli, A. Ishikirama, J. Mondelli // J. Dent Res. -1997. -P.184
31. Сурдина Э.Д. Состояние пульпы интактных зубов при генерализованном пародонтите тяжёлой степени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Э.Д. Сурдина. –М., -2009. -23с.
32. Carranza F.A. Clinical periodontology // F.A. Carranza, M.G. Newman // Philadelphia: W.B. Sunders Co, -1996. - P. 457-462

Summary

On the study of combined endoparodontal lesions of the abutment teeth in prosthetics

Sh.F. Dzhuraeva, H.S. Sharipov

Orthopedic dental treatment is impossible without preliminary preparation of the oral cavity for dentures. Tooth with parodont is considered as a unit functional and morphological system, damage to individual parts of which involves them together in the disease process. The presence of combined pathology of parodontal and periodontal not only difficult to diagnose, prognosis of the disease, complicates the treatment, but ultimately, affect the effectiveness of dental rehabilitation.

Key words: endoparodontal pathology, endodontitis, periodont

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Ш.Ф. Джураева – заведующая кафедрой терапевтической стоматологии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, ул. Сино, 30/1. E-mail: sharora73@mail.ru

Правила приёма статей

При направлении статьи в редакцию журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино») автору необходимо строго соблюдать следующие ПРАВИЛА:

1. Статья должна быть набрана на компьютере с использованием программы MS Word 6,0-7,0; шрифтом 12 Times New Roman, через 1,5 интервала и распечатана в двух экземплярах на одной стороне листа с обязательным представлением электронной версии статьи на компакт-диске (CD).
2. В начале указываются название статьи, инициалы и фамилия автора, юридическое название учреждения. Если количество авторов больше 5, то необходимо указать долевое участие каждого из них в данной статье.
3. **Оригинальная статья** должна включать следующие разделы: реферат (резюме), ключевые слова (от 2 до 5 слов), актуальность (объёмом не более 1/2 страницы) или введение, цель, материал и методы, результаты и их обсуждение, выводы, список литературы, адрес для корреспонденции. Её объём не должен превышать 5-8 страниц. Реферат (резюме) должен отражать в сжатой форме содержание статьи. Также необходимо предоставить резюме и ключевые слова на английском языке.
4. Все формулы должны быть тщательно выверены. При наличии большого количества цифровых данных, они должны быть сведены в таблице.
5. Иллюстрации должны быть чёткими, конкретными, с обязательным пояснением и нумерационным (буквенным или цифровым) обозначением в подрисуночных подписях.
6. Список литературы для оригинальных статей должен включать не более 20 названий. Нумерация источников литературы определяется порядком их цитирования в тексте. За правильность данных ответственность несут только авторы.
7. Адрес для корреспонденции включает: место работы и должность автора, адрес, контактный телефон и электронную почту.
8. **Обзорная статья** должна быть написана ёмко, ясно и конкретно. Литературная справка должна содержать сведения, относящиеся только к обсуждаемому вопросу. Её объём не должен превышать 12 страниц.
9. Библиографические ссылки для обзорных статей необходимо оформлять в соответствии с правилами ГОСТа 7.1-2003 и должны включать не более 50 названий. В тексте они должны указываться цифрами в квадратных скобках.
10. **Статьи, посвящённые описанию клинических наблюдений** не должны превышать 5 страниц и не более 10 ссылок. Клиническое наблюдение - небольшое оригинальное исследование или интересный случай из практики.
11. Следует соблюдать правописание, принятое в журнале, в частности, обязательное обозначение буквы «ё» в необходимых местах текста.
12. Рецензии на статьи будут оцениваться по карте рецензии рукописи. Рецензент несёт ответственность за рецензируемую работу.
13. Статья должна быть заверена руководителем учреждения или кафедры и иметь направление научной части ТГМУ.
14. В одном номере журнала может быть опубликовано не более 2-х работ одного автора.
15. Плата с аспирантов за публикацию рукописей не взимается.
16. Ранее опубликованные в других изданиях статьи не принимаются.
17. Редакция оставляет за собой право на рецензирование и редактирование статьи.

Статью следует направлять по адресу: 734025, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки - 139, ТГМУ имени Абуали ибни Сино, главный корпус, редакция журнала «Вестник Авиценны» («Паёми Сино»)

Сдано в печать 1.07.2011 г. Подписано к печати 30.06.2011 г.
Печать офсетная. Бумага офсетная. Формат 60x84 1/8. 9,75 печатный лист
Заказ №91. Тираж 300 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Контраст»
г. Душанбе, ул. Дехлави - 24