Вестник
Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

ISSN 2309-7183

№2, 2014

vestnikbgmu.ru

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Вестник Башкирского государственного медицинского университета

сетевое издание

№2, 2014 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: проф. Павлов В.Н. – ректор Башкирского государственного медицинского университета (Уфа)

Зам. главного редактора: проф. Нартайлаков М.А. (Уфа)

Члены редакционной коллегии: проф. Катаев В.А. (Уфа); проф. Ахмадеева Л.Р. (Уфа); доц. Цыглин А.А. (Уфа); проф. Галимов О.В. (Уфа); проф. Загидуллин Н.Ш. (Уфа); проф. Малиевский В.А. (Уфа); доц. Стрижков А.Е. Уфа); проф. Еникеев Д.А. (Уфа); доц. Гончаров А.В. (Уфа); проф. Мавзютов А.Р. (Уфа); проф. Гильманов А.Ж. (Уфа); проф. Минасов Б.Ш. (Уфа); проф. Викторова Т.В. (Уфа); проф. Валишин Д.А. (Уфа);проф. Сахаутдинова И.В. (Уфа);проф. Садритдинов М.А. (Уфа); проф. Новикова Л.Б. (Уфа); проф. Верзакова И.В. (Уфа); проф. Моругова Т.В. (Уфа); проф. Гильмутдинова Л.Т. (Уфа).

Редакционный совет:

Чл.-корр. РАМН, проф. Тимербулатов В.М. (Уфа), проф. Бакиров А.А. (Уфа),проф. Ганцев Ш.Х. (Уфа), доц. Шебаев Г.А. (Уфа), проф. Мулдашев Э.Р. (Уфа), проф. Викторов В.В. (Уфа), проф. Кубышкин В.А. (Москва), проф. Гальперин Э.И. (Москва), проф. Вишневский В.А. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Аляев Ю.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Чучалин А.Г. (Москва), чл.-корр. РАМН, проф. Долгушин И.И. (Челябинск), чл.-корр. РАМН, проф. Котельников Г.П. (Самара), проф. Созинов А.С. (Казань).

Состав редакции сетевого издания «Вестник Башкирского государственного медицинского университета»:
зав. редакцией – к.м.н. Кашаев М.Ш.
ответственный секретарь – к.м.н. Рыбалко Д.Ю.
научный редактор – к.фарм.н. Файзуллина Р.Р.
технический редактор – к.м.н. Насибуллин И.М.
художественный редактор – доц. Захарченко В.Д.
технический секретарь редакции - Зиятдинов Р.Р.
корректор – Брагина Н.А.
корректор-переводчик – к.ф.н. Майорова О.А.

ЗАРЕГИСТРИРОВАН В ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЕ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ СВЯЗИ, ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МАССОВЫХ КОММУНИКАЦИЙ 26.07.2013, НОМЕР СВИДЕТЕЛЬСТВА ЭЛ № ФС 77 - 54905.

© ГБОУ ВПО БГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ, 2014

ОГЛАВЛЕНИЕ

А.С. АУБАКИРОВА, Р.Р. НАЗМУТДИНОВА, Т.Р. ЗУЛЬКАРНАЕВ, В.Ю. ЛУЗИН.....4
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

В.Н. БАРЫКОВ.....11
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ GIST - ОПУХОЛЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

О.М. ДУБОВА, Р.Т. БУЛЯКОВ, Л.П. ГЕРАСИМОВА, О.А. ГУЛЯЕВА 17
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ ПРИ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ

К.И. ЗАВЬЯЛОВ, Э.Ю. ДМИТРИЕВА, О.А. ФИЛИПОВА 23
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ И КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Т.Р. ИБРАГИМОВ, Г.С. МУХАМЕДЬЯНОВ, К.И. ЗАВЬЯЛОВ, В.П. ОКРОЯН, Д.А. ШИЛОВ.....29
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

С.Ф. НАСЫРОВА, Ф.Л. ХАЙРУЛЛИНА, Ф.Ф. БАДРЕТДИНОВА 34
КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Л.Б. НОВИКОВА, А.П. АКОПЯН, Э.М. КОЛЧИНА, И.М. КАРАМОВА.....39
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

Л.Б. НОВИКОВА, Р.Г. ГУФРАНОВА , И.М. КАРАМОВА, Н.А. НАГАЕВА 44
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕМИТИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА КОМБИНИРОВАННЫМ МЕТОДОМ

А.В. САЛИХОВА, Л.М. ФАРХУТДИНОВА, 2014.....47

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ТИРЕОИД-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ

А.Ф. САЛИХОВА, Л.М. ФАРХУТДИНОВА 51
ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

А.У.ХАМАДЬЯНОВА, О.О.ШУТКОВА, В.Д. МАЛЛАБАЕВА, А.И.ГАРЕЕВА, Л.А. СУДНИЦЫНА, У.Р. ХАМАДЬЯНОВ 57
РОЛЬ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В БЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

А.У.ХАМАДЬЯНОВА, О.О. ШУТКОВА, Л. А.СУДНИЦЫНА, А.И. ГАЛИМОВ, У.Р. ХАМАДЬЯНОВ 62
ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА

А.Г. ХАСАНОВ, И.Ф. СУФИЯРОВ, А.Ф. БАДРЕТДИНОВ, Р.Э. ШАМСИЕВ, С.Х. БАКИРОВ, Р.Ш. САКАЕВ 67
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОГРАММИРУЕМАЯ САНАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А.В. ЧЕРНЫХ, Е.Н. ЛЮБЫХ, Е.И. ЗАКУРДАЕВ 73
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ И ФОРМЫ ЖИВОТА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

А.Г. ХАСАНОВ, И.Ф. СУФИЯРОВ, И.Х. АХМЕТОВ, Д.Г. ШАЙБАКОВ 78
ПРИМЕНЕНИЕ ИНВАГИНАЦИОННОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ 86

УДК [616.12-008.331.1:616.12-005.4]-36

© А.С. Аубакирова, Р.Р. Назмутдинова, Т.Р. Зулькарнаев, В.Ю. Лузин, 2014

А.С. АУБАКИРОВА, Р.Р. НАЗМУТДИНОВА, Т.Р. ЗУЛЬКАРНАЕВ, В.Ю. ЛУЗИН
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Башкирский Государственный Медицинский Университет, г.Уфа

Резюме: Установлены показатели качества жизни больных, страдающих артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца с помощью международного сертифицированного вопросника Medical Outcomes Study Form (SF-36). Произведен сравнительный анализ обеих групп. Выявлено влияние на показатели качества жизни биологических факторов (пол, возраст) и факторов, связанных с процессом труда (образование, социальная группа, общий стаж работы, график работы, режим труда).

Ключевые слова:ишемическая болезнь сердца, гипертензия, качество жизни, опросник SF-36

AS AUBAKIROVA, RR NAZMUTDINOVA, TR ZULKARNAEV, VY LUZIN
QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND CORONARY HEART DISEASE

Abstract. Installed the quality of life of patients suffering from hypertension and coronary heart disease through international certified questionnaire Medical Outcomes Study Form (SF-36). A comparative analysis of the two groups. The effect on the quality of life of biological factors (sex, age) and factors associated with the process of labor (education ,social group, seniority, work schedule, work regime).

Keywords: coronary heart disease, hypertension, quality of life, SF-36 questionnaire.

Актуальность. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь (ГБ) влияют не только на физическое состояние человека, но и на психологию его поведения, эмоциональные реакции, а также изменяют его место и роль в социальной жизни [1]. Как свидетельствуют данные научных исследований, в результате заболевания возникают нарушения жизнедеятельности пациента на разных уровнях – это и непосредственно соматическое страдание, вызванное болезнью (соматический уровень), и утрата способности осуществлять повседневную деятельность в привычном стиле (поведенческий уровень), а также развивающиеся вследствие заболевания социальные и ролевые ограничения (социальный уровень) и психологические нарушения (психологический уровень). Чаще всего

в поле зрения врача оказываются физикальные, лабораторные и инструментальные данные, описывающие состояние больного. Информация о психологических и социальных проблемах, появившихся в жизни человека в связи с болезнью, как правило, малодоступна врачу. Всю сложность и многомерность изменений, вызванных болезнью, помогает понять изучение КЖ. Качество жизни, по определению ВОЗ, - это характеристика физического, психологического эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [2].

Оценка качества жизни (КЖ) – новое и перспективное направление медицины, которое позволяет точно оценить нарушение состояния здоровья пациента, ясно представить суть его клинической проблемы, определить наиболее рациональный метод лечения, а также оценить его ожидаемый результат по параметрам, которые находятся на стыке научного подхода специалистов и субъективной точки зрения пациента, при этом оценивая все составляющие здоровья [3]. Оценивая качество жизни в качестве критерия эффективности лечения в кардиологии следует учитывать, что улучшение КЖ является одной из важнейших задач при лечении больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ) [4]. Установлено, что индивидуальный мониторинг качества жизни (КЖ) больных сердечно-сосудистыми заболеваниями является эффективной и экономически обоснованной методикой оценки состояния пациента. Все вышеизложенное послужило основанием для проведения исследования и определило цель и конкретные задачи данной работы [5].

Цель исследования: Оценить качество жизни (КЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца. Для этого предстояло решить следующие задачи:

1. Изучить качество жизни по материалам самооценки состояния здоровья больных с ГБ и ИБС.

2. Изучить взаимосвязь показателей качества жизни (КЖ) между больными с ишемической болезнью сердца (ИБС) и больными с гипертонической болезнью (ГБ) сравнивая физическое, ролевое, социальное функционирование, а также интенсивность боли, общее состояние, жизненную активность и психическое здоровье.

3. Выявить факторы, снижающие показатели КЖ у больных ИБС и у больных ГБ. Провести анализ влияния этих факторов и образа жизни на состояние здоровья исследуемых групп.

Материалы и методы исследования.

В исследовании использован международный сертифицированный опросник Medical Outcomes Study Form (SF-36). Опросник SF-36 включает 16 вопросов, которые характеризуют два компонента здоровья – физический и психологический. Компоненты оцениваются с помощью 8 шкал здоровья: физическая работоспособность, социальная активность, степень ограничения физической работоспособности и социальной активности, психическое здоровье ,энергичность и утомляемость, боль, общая оценка здоровья. Опросник SF-36 обеспечивает количественное определение КЖ по указанным шкалам. При этом величины показателей могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше показатель, тем лучше качество жизни.

При проведении исследования оценивали влияние на качество жизни таких факторов, как пол, возраст, медицинская активность, социальная принадлежность, стаж, график и режим работы. Также использован опросник по самооценке здоровья (П.В. Войтенко) и тест-контроль оценки влияния образа жизни на состояние здоровья. Проведено опросное анкетирование 30 пациентов кардиологического профиля, находившихся на стационарном лечении в терапевтическом отделении клиники БГМУ. Группы были сформированы по нозологическому критерию. Диагноз был установлен врачом-кардиологом по МКБ-10. Первая экспериментальная группа была представлена 12 больными с диагнозом ГБ II стадии, достигнутая степень АГ 1,риск 2 (4 человека); риск 3 (9 человек); риск 4 (2 человека). Во вторую экспериментальную группу вошли 18 человек с диагнозом ИБС, стабильная стенокардия напряжения II (4 человек) и III (11 человек) функциональных классов. Из них 18 женщин (60%) и 12 мужчин (40%) в возрасте 55,7 ± 4,6 года. Средний уровень систолического артериального давления пациентов оставил 158,6±0,76 мм рт. ст., диастолического – 94,6±0,42 .Средний стаж заболевания 15 лет. При формировании групп также было принято во внимание отсутствие сопутствующих заболеваний, а также осложнений. 95% исследуемых пациентов являются пенсионерами.

Следующий этап исследования – анализ опросника по самооценке здоровья по В.П. Войтенко (1991). Пациенты оценивали свое состояние здоровья, принимая во внимание все жалобы и симптомы, которые проявлялись последнее время.

Заключительным этапом нашего исследования стало анкетирование по опроснику «Влияние образа жизни на состояние здоровья», в котором отражаются особенности питания, режима дня, эмоционального состояния, двигательной активности, закаливания, жизненной позиции и вредных привычек. Обработка результатов проводилась с помощью пакетов статистических программ, реализованных в Microsoft®Office Excel 2007 и Statistica 7.0.

Результаты и их обсуждение.

В клинике ишемической болезни сердца (ИБС) оценке КЖ придается особое значение в связи с важной ролью социально-психологических факторов в происхождении и прогрессировании заболевания. Пациенты 2-й группы по отдельным шкалам несколько хуже оценивали свое КЖ по сравнению с больными 1-й группы. Детальный анализ КЖ у пациентов с ИБС позволил установить, что во второй экспериментальной группе наиболее значимо нарушены физическая сфера – на 20%, психологическая сфера – на 15%, и сфера социальных взаимоотношений –на 10 %. Показатели «Физической сферы» у пациентов 2-й группы (с ИБС) были снижены преимущественно за счет субсфер «Жизненная активность, энергия», «Физическая боль и дискомфорт». Боль в области сердца воспринималась ими как препятствие для полноценной жизнедеятельности. В ходе беседы выяснилось, что для большинства пациентов данной группы чувство страха, а иногда даже паники, вызывала постоянная угроза возникновения боли, характерная для стенокардии, особенно для начала заболевания. Снижение показателей социального функционирования у больных ИБС обусловлено такими факторами, как пол, возраст, уровень образования.

Несмотря на объективно менее тяжелую клиническую картину заболевания, пациенты 1-й группы (с ГБ) предъявляли более интенсивные жалобы на плохое самочувствие, снижение жизненной энергии, повышенную утомляемость. Было также выявлено, что изменение КЖ у больных гипертонической болезнью (ГБ) зависит от особенностей клинического течения заболевания: у больных с риском 3 было несколько низкие показатели, чем у больных с риском 2. При проведении сравнительного изучения КЖ у больных ИБС в подгруппах было установлено, что значимое ухудшение КЖ в обеих экспериментальных группах происходит при возрастании функционального класса стенокардии.

У больных с ИБС КЖ в 1,5–2 раза ниже, чем у больных ГБ. Это обусловлено как тяжестью патологического процесса, так и выраженностью эмоционально-личностных нарушений, которые определяются почти у половины таких больных.[6]

Результаты анкетирования по опроснику SF-36 показали, что параметры качества жизни больных с артериальной гипертензии по сравнению с больными ишемической болезнью сердца оказались выше по всем шкалам опросника. Результаты исследования представлены ниже:

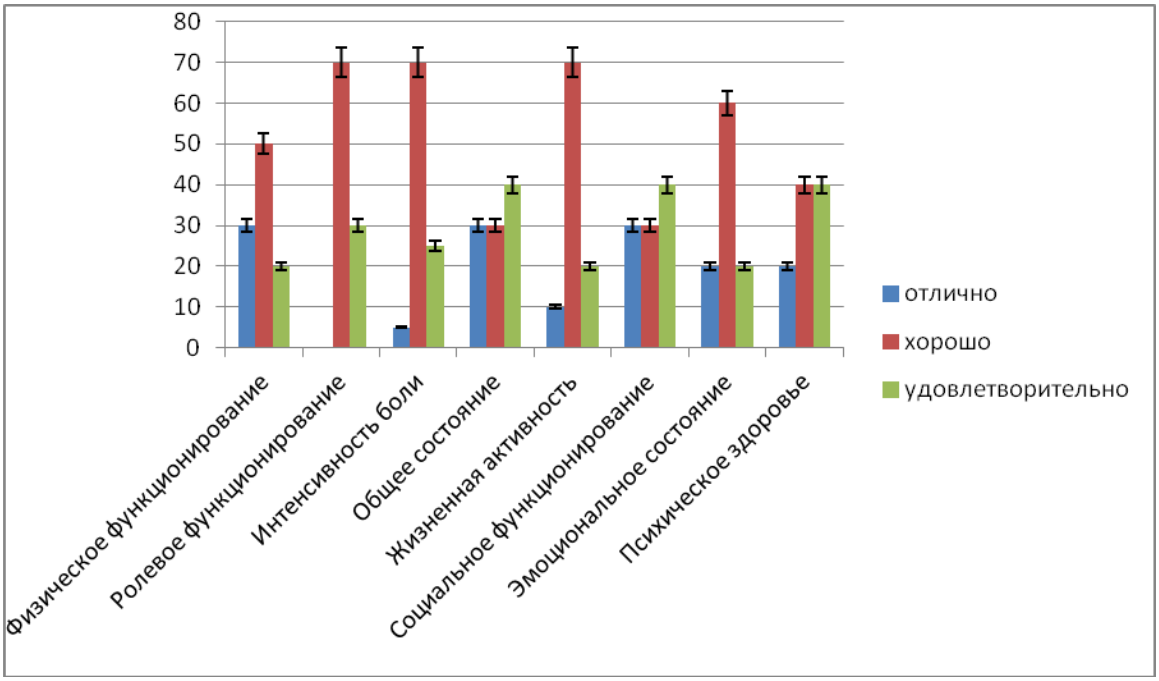

Рис.1 Результаты по опроснику SF-36 больных гипертонической болезнью.

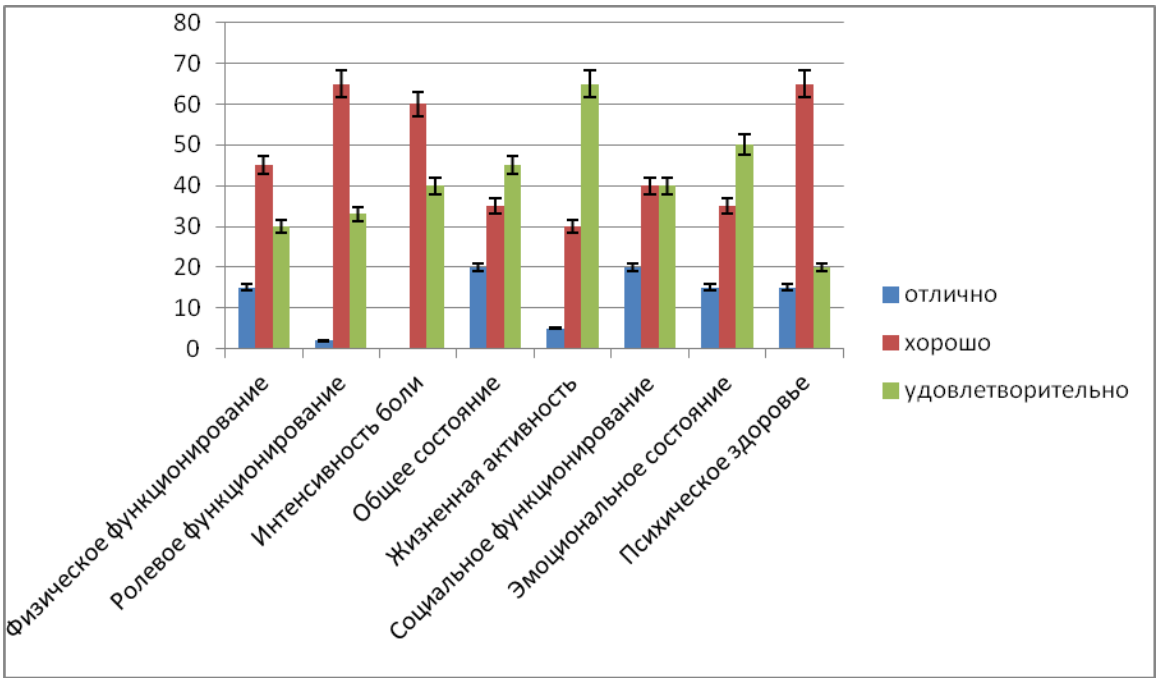

Рис.2 Результаты по опроснику SF-36 больных ишемической болезнью сердца.

По опроснику «Самооценка здоровья» по В.П. Войтенко мы получили следующее: показатели больных ГБ, оценивающих свое состояние как «отлично» – на 15%, «хорошо» – на 5%, « удовлетворительно» – на 10% выше, чем показатели больных ИБС. Результаты представлены на рис. 3

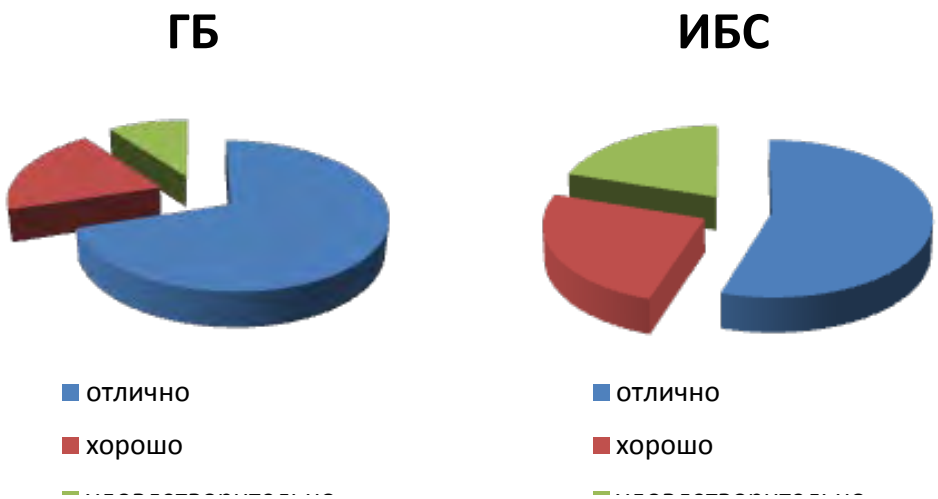

Рис.3. Самооценка здоровья больных с ГБ и ИБС

При анализу оценки влияния образа жизни на состояния здоровья выявлено: среди всех опрошенных у 60% больных образ жизни направлен на разрушение здоровья, у 30% - образ жизни направлен на поддержание имеющегося здоровья, но не способствует его укреплению и только у 10% больных образ жизни способствует укреплению здоровья.

Выводы:

У больных с ИБС качество жизни по большинству шкал анкеты SF-36 имеют более низкий уровень, чем у больных с ГБ (в среднем, на 1,5–2 раза ниже)

Самооценка состояния здоровья у больных с ГБ выше, чем у больных ИБС.

Существенное снижение качества жизни отмечено у больных ИБС старше 55 лет, а также у женщин всех возрастных групп.

Качество жизни больных гипертонической болезнью старше 55 лет характеризуется ухудшением показателей в физической и психической сферах, причем степень ухудшения зависит от клинического течения болезни.

Заключение:

Результаты исследования показали, что необходимо оценивать суммарный риск всех физических, психических и социальных факторов, влияющих на здоровье больных ИБС и ГБ, так как их снижение может улучшить качество жизни данной категории больных. Улучшение КЖ является одной из важнейших задач при лечении больных с ИБС и ГБ, поэтому необходимо проводить индивидуальный мониторинг оценки качества жизни (КЖ)

ЛИТЕРАТУРА

1. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Профилактика сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний – основа улучшения демографической ситуации в России// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2005. – № 3(1). – С. 4–9.
2. World Health Organization. Quality of life group. What is it Quality of life? Wid. Hth. Forum. - 1996. V.1.-P.29
3. Концепция исследования качества жизни в медицине: научное издание/ А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. - СПб.: ЭЛБИ, 1999. - 140,[2] с.: граф, табл. - Библиогр.: с. 124-139.
4. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. // Качественная клиническая практика, 2002 г., №1, стр. 53-57
5. Кувшинова Н.Ю., Мостовая Л.И. Качество жизни больных ИБС пожилого возраста: психологический аспект // Старение человека и качество жизни. Роль семейного врача: Материалы Всероссийской конференции с международным участием. – Санкт-Петербург, 27 ноября 2010 г. – Российский семейный врач: медицинский научно-практический журнал:. – Т.14. – №3, 2010. – С.37-38. (0,2/0,1 п.л.).
6. Линчанская Т.П., Герасимова Е.В. Психологические особенности и качество жизни у больных коронарной болезнью сердца // Материалы международной конференции качества жизни в медицине. – СПб., 2002. – С. 185-186.

Сведения об авторах статьи:
Зулькарнаев Талгат Рахимьянович – д.м.н., профессор, зав.каф. общей гигиены с экологией. Служебный адрес: РБ, г.Уфа, ул.Ленина д. 3
Лузин Виктор Юрьевич – к.м.н., зав. отделением терапии №2 клиники БГМУ, Служебный адрес: РБ, г.Уфа, ул. Шафиева д.2, корпус 6,
Аубакирова Айсылу Саматовна – студентка 4 курса лечебного факультета, e-mail: aisylu.a@.mail.ru
Назмутдинова Регина Ришатовна – студентка 4 курса лечебного факультета, e-mail: nazrr@mail.ru

УДК 617.55

© В.Н. Барыков, 2014

В.Н. БАРЫКОВ

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ GIST - ОПУХОЛЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск

Резюме: *Гастроинтестинальные стромальные опухоли панкреатодуоденальной области встречаются нечасто, но отличаются значительной тяжестью течения, что может быть связано с распадом крупных узлов. Проанализированы результаты лечения 12 пациентов, из которых у 4 изначально отмечена клиника кровотечения из опухоли. Экспертными методами диагностики являются лучевые (эндоУЗИ, КТ, МРТ), решающим – биопсия опухоли и иммуногистохимическое исследование. Ведущий метод лечения подобных опухолей – радикальная операция в объеме панкреатодуоденальной или дистальной резекции поджелудочной железы.*

Ключевые слова: *диагностика GIST-опухолей, панкреатодуоденальная резекция, дистальная резекция поджелудочной железы*

V.N. BARYKOV

THE SURGICAL TREATMENT RESULTS OF GIST PANCREATODUODENAL TUMOURS

South-Ural State Medical University, Chelyabinsk

Abstract. *Gastrointestinal stromal tumours of pancreatoduodenal area are rare, but they are marked by their significant severity, which may be associated with the collapse of major nodes. Treatment results of 12 patients, four originally marked by tumour bleeding, have been analysed.*

The expert diagnostic methods are radio ones (endosonography, MRT, CT), the decisive methods are biopsy and immunohistochemical study. The leading method of treatment of such tumours is radical surgery - pancreatoduodenectomy or distal pancreatectomy.

Keywords: *GIST tumours diagnosis, pancreatoduodenal resection, distal pancreatectomy.*

Актуальность проблемы.

Одним из отделов эндокринной системы является гастроэнтеропанкреатическая система, которая представлена рассеянными в различных органах пищеварительной системы эндокринными клетками. Опухоли этой системы, трактуемые как мезенхимальные опухоли,

в практике хирурга встречаются нечасто, по литературным данным от 0.1 до 3% (по максимальным оценкам) от всех злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта [1,2,5]. Чаще всего они бывают в желудке и двенадцатиперстной кишке, могут достигать больших размеров [3]. Ранее они классифицировались как лейомиомы, лейомиосаркомы, шванномы и десмоиды с более или менее высоким или меньшим потенциалом злокачественности, а в настоящее время обозначаются как гастроинтестинальные стромальные опухоли - ГИСО, ГИСТ или в английской транскрипции GIST; имеют преимущественно экзогенный рост и хорошую васкуляризацию с достаточно разнообразной клинической картиной [4].

Заболеваемость GIST-опухолями по литературным данным в США составляет до 20 случаев на 1млн в год, вероятно, с такой же частотой они встречаются и в Российской Федерации; чаще всего они метастазируют гематогенным путем в печень, легкие, кости и сопровождаются распадом тканей в центре основного узла.

Цель и задачи исследования.

Целью исследования было изучение клинического течения GIST-опухолей панкреатодуоденальной зоны; оценка применяемых в настоящее время диагностических мероприятий для повышения их информативности и определения распространенности опухолевого процесса и связи с окружающими органами; определение наиболее часто встречающихся осложнений опухолей и результатов оперативного лечения.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением в Челябинской областной клинической больнице за 10-летний период с 01.01.2003 по31.12.2012г. находилось на лечении 12 пациентов- 5 мужчин и 7 женщин в возрасте от 23 до 70 лет - (средний возраст- 48 лет) с верифицированным во всех случаях при иммуногистохимическом исследовании диагнозом - гастроинтестинальная стромальная опухоль. При этом опухоль двенадцатиперстной кишки отмечена у 5 пациентов, опухоль головки поджелудочной железы - у 5, и опухоль хвоста железы - у 2-х пациентов. У всех пациентов в разных сочетаниях отмечены боли в животе, ощущение тяжести в эпигастрии после еды, тошнота, небольшая потеря веса, иногда повышение температуры, незначительная слабость, которые и заставили 8 пациентов обратиться в поликлинику на обследование. Из них у одной из пациенток 33 лет ультрасонография была предпринята по поводу предполагаемой беременности и опухоль явилась случайной находкой. Кроме этого, еще у 2 пациентов первым клиническим проявлением было кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта (из них у 50- летней пациентки при рентгеноскопии желудка с разрывом опухолевого узла при его пальпации под ренгеновским экраном и драматичным

падением артериального давления до 40/0мм ртутного столба). И у двух последних больных - неясная анемия, признак скрытого кровотечения.

Из сопутствующих диагнозов необходимо отметить панкреатогенный сахарный диабет (2 случая), гипертоническую болезнь, ИБС и псориаз. Диагностический поиск у всех пациентов начинался с трансабдоминальной ультрасонографии, в т.ч. на аппаратах экспертного класса в режимах серой шкалы и цветного доплеровского картирования. С 2007 года, кроме обязательной трансабдоминальной эндоскопической диагностики нами проводится и эндосонография, при которой можно визуализировать и саму опухоль и анэхогенные участки распада, связь опухоли с окружающими структурами, в частности, с крупными сосудами и т.д.

Приоритетными мы считаем лучевые методы диагностики (КТ, МРТ), которые выполнены всем пациентам, иногда неоднократно, с обязательным внутривенным болюсным контрастированием. Это позволяет определить не только локализацию опухолевого процесса, но и состояние печени, забрюшинной клетчатки, наличие лимфаденопатии, сдавление опухолью, оттеснение или прорастание крупных артериальных и венозных сосудов.

Решающим исследованием было иммуногистохимическое, предпринятое после пункционной или эндоскопической биопсии опухоли. Лишь в двух случаях до операции диагноз, несмотря на многократные попытки, не был верифицирован, у остальных подтверждено наличие гастроинтестинальной стромальной опухоли с различной степенью злокачественного потенциала.

Поскольку все опухоли у наших пациентов представлялись потенциально резектабельными, после стандартной предоперационной подготовки у всех была предпринята широкая срединная лапаротомия. После ревизии у 9 больных выполнена панкреатодуоденальная резекция – ПДР, (из них у одной пациентки с резекцией 20 см ободочной кишки и у другого- с резекцией 7 см нижней полой вены из-за врастания опухоли). У 2 больных произведена субтотальная дистальная резекция железы со спленэктомией en bloc. И у последнего пациента 23 лет опухоль была нерезектабельной из-за интимного врастания в элементы гепатодуоденальной связки. Этому пациенту выполнена холецистэктомия и гепатикоэнтероанастомоз на отключенной по Ру петле тонкой кишки. Операционный находкой у всех пациентов были опухоли больших размеров, минимальный размер – 5 см, максимальный -18 см в наибольшим диаметре, чаще всего- 8-10 см в наибольшем измерении.

Послеоперационное течение у всех пациентов, учитывая тяжесть и объем произведенного вмешательства, было тяжелым. У одного из двух пациентов с проведенной дистальной резекцией поджелудочной железы возникло жидкостное скопление до 100 мл в левом подреберье (затек панкреатического сока из среза железы), которое удалось ликвидировать после длительного дренирования под ультрасонографическим наведением.

После панкреатодуоденальной резекции умерла 1 пациентка от послеоперационного панкреатита с последующим панкреонекрозом и развившейся полиорганной недостаточности. Из оставшихся 8 пациентов у четверых реконструктивный этап операции закончен наружным дренированием вирсунгова протока, и у оставшихся четверых - формированием панкреатикоэнтероанастомоза. У 2-х из них возникла несостоятельность анастомоза, что потребовало релапаротомии, снятия этого анастомоза и перевода их в гнойное отделение.

Кроме того из осложнений раннего послеоперационного периода необходимо отметить у пациента с протезированием нижней полой вены на шестой день кровотечение из брюшной полости (около 200мл) через один из контрольных дренажей, установленных в ложе крючковидного отростка, с которым удалось справиться консервативным средствами. У него же был диагностирован клинически и подтвержден лабораторно панкреатит культи, который тоже купирован консервативно.

В дальнейшем через 3-4 месяца у 5 пациентов сделан второй этап операции - пересадка панкреатического свища (вирсунгостомы) в предуготовленную при первой операции и подшитую к культе поджелудочной железы петлю тонкой кишки. У 6-й пациентки панкреатический свищ без внешнего воздействия после постоянного убывания количества отделяемого закрылся самостоятельно.

В отдаленном периоде через 3 года у одной из пациенток, перенесшей панкреатодуоденальную резекцию, при контрольном осмотре найдена опухоль в культе железы, это потребовало ее энуклеации (гистологический ответ - шваннома). У другого пациента после дистальной резекции также обнаружена через год после операции опухоль 2 см в диаметре, но после перенесенного обширного инфаркта миокарда на оперативное лечение он не настроен. У пациента 23 лет с нерезектабельной опухолью головки железы и сформированным гепатикоэнтероанастомозом спустя год после операции дважды возникало кровотечение через просвет холедоха из распадающейся опухоли, с которым в первый раз удалось справиться консервативными мероприятиями, а во второй раз потребовалось снятие анастомоза и прошивание найденного разрыва опухоли длиной не менее 1 см.

Результаты и обсуждение.

В отдаленном периоде от одного года до девяти лет прослежена судьба 8 из 11выживших и выписанных пациентов, из них после ПДР - у 6, после дистальной резекции - у 1 и после паллиативной операции обходного гастроэнтероанастомоза - у 1. После панкреатодуоденальной резекции умерла 1 пациентка через 4 года после первичной операции, причина смерти - генерализация процесса. Из оставшихся пяти двое пациентов молодого возраста (33 и 46 лет) продолжают работать, двое - старше 50 лет оставили работу и один - переведен на инвалидность второй группы.

Пациент после дистальной резекции поджелудочной железы, как рабочий вредной профессии стал пенсионером в 55 лет, после операции у него возник инсулинозависимый сахарный диабет. Пациент молодого возраста 23 лет после оперативной остановки кровотечения оперировал еще раз - восстановлен гепатикоэнтероанастомоз на сквозном сменном транспеченочном дренаже.

В силу разных причин направленная химиотерапия проведена не у всех, гливек принимали после ПДР двое пациентов, из них судьба одной неизвестна, у второй пациентки через 1 год после ПДР отмечен асцит и множественные метастазы в печень, на момент оценки отдаленных результатов (декабрь 2012г) она была жива.

Выводы и практические рекомендации.

1. У одной трети пациентов с GIST-опухолями панкреатодуоденальной области первым клиническим проявлением является скрытое или явное кровотечение из опухоли, размер которой достигает 8-10 см и более.

2. Комплекс диагностических мероприятий при GIST-опухолях должен включать весь имеющийся арсенал (в т.ч. эндосонографию) и лучевые (КТ, МРТ) методы, а так же биопсию опухоли с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

3. Ведущим методом лечения GIST-опухолей панкреатодуоденальной области, позволяющим надеяться на выздоровление, является хирургический - радикальная операция - панкреатодуоденальная резекция или дистальная резекция поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барыков В.Н. Гастроинтестинальная стромальная опухоль двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, непроходимостью и врастанием в нижнюю полую вену // Хирургия.- 2012.- № 11.-С. 78-80.
2. Егоров В.И., Иванов Ю.В., Снегур П.В. и др. Гастроинтестинальные стромальные

опухоли желудка и двенадцатиперстной кишки. Результаты хирургического лечения первичных опухолей // Хирургия.- 2011.- № 3.- С. 75-76.

3. Кригер А.Г., Кочатков А.В., Калыгин А.В. и др. Гигантская гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка // Хирургия.- 2011.- № 2.- С. 69-72.
4. Овчинников В.А., Абелевич А.И., Володин А.Н. и др. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: клинические маски, диагностика, лечение // Хирургия.- 2009.- № 7.- С. 63-65.
5. Федоров А.В., Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г. и др. Гастроинтестинальные стромальные опухоли: отдельные вопросы определения тактики лечения // Хирургия.- 2011.- № 3.- С. 76-77.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ:

Барыков Владимир Николаевич Профессор кафедры госпитальной хирургии ГБОУ ВПО ЮУГМУ, доктор мед. наук, профессор, Главный внештатный хирург министерства Здравоохранения Челябинской области, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, e-mail:oblzdrav@chel.surnet.ru

УДК 616.314.3

© О.М. Дубова, Р.Т. Буляков, Л.П. Герасимова, О.А. Гуляева, 2014

О.М. ДУБОВА, Р.Т. БУЛЯКОВ, Л.П. ГЕРАСИМОВА, О.А. ГУЛЯЕВА
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПАРОДОНТЕ ПРИ РЕЗЦОВОЙ ДИЗОККЛЮЗИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Статья посвящена исследованию функционального состояния пародонта у пациентов с резцовой дизокклюзией. Обследовано 95 пациентов в возрасте 19-25 лет с резцовой дизокклюзией. Для диагностики функциональных изменений в пародонте использовали метод реопародонтографии. В статье представлены результаты обследования взрослых пациентов с резцовой дизокклюзией, находившиеся на ортодонтическом лечении с помощью пассивной самолигирующей системы Damon. При проведении реопародонтографии до, во время и после ортодонтического лечения обнаружены значительные функциональные изменения в пародонте. В ходе обследования пациентов до ортодонтического лечения выявлено наличие признаков вазоконстрикции сосудов пародонта и затрудненного кровотока. С наступлением ретенционного периода отмечается вазоконстрикция и существенное уменьшение интенсивности регионарного кровотока.*

Ключевые слова*: резцовая дизокклюзия, реопародонтография, функциональная диагностика, ретенционный период*

ISHAKOVA G.R., O.M. DUBOVA, L.P. GERASIMOVA
FUNCTIONAL CHANGES IN PARADONTA AT INCISAL DISOCCLUSION

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *Article is devoted to the stude of the functional status in patients with periodontal copperplate icisial Disocclusion. Examined 95 patients aged 19-25 years with the icisial Disocclusion. For the diagnosis of functional disorders of the method used reoparadontagraphy. There have been examined adult patients with incisal disocclusion, who have been orthodontically treated with a passive selfligated Damon system. At reoparadontagraphy before, during and after the orthodontic treatment there have been revealed significant changes in paradonta. In a survey of patients before orthodontic treatment revealed signs of vasoconstriction and vascular periodontal hindered blood flow. With the onset of the retention period marked vasoconstriction and a significant decrease in the intensity of regional blood flow.*

***Keywords**: incisal disocclusion, reoparadontagraphy, functional diagnostics, retention period.*

По сведениям отечественных авторов, вертикальная резцовая дизокклюзия встречается у 2% – 8% обследованных, а распространенность глубокой резцовой дизокклюзии составляет от 11,2% до 66,3% [6]. По данным зарубежных авторов резцовая дизокклюзия встречается в 1,0 – 7,5 % [5].

У взрослых пациентов клиническая картина значительно сложнее, чем у детей, так как к основному заболеванию обычно присоединяются потеря зубов, деформация зубных рядов, а также функциональная перегрузка пародонта, вызванная нарушениями окклюзии.

Хорошо известно, что при резцовой дизокклюзии, когда отсутствуют окклюзионные контакты во фронтальной группе зубов, возникают функциональные изменения в различных структурах зубочелюстной системы [1]. Для оценки функциональных изменений в пародонте при скученном положении в области фронтальных зубов Е.С. Михайлова (2000) [4] и Е.А. Матвеева (2004) использовали реопародонтографию [3]. Это позволило установить, что во фронтальном отделе челюстей развивается вазоконстрикция и снижается регионарное кровоснабжение.

Зубочелюстные аномалии и изменения положения зубов являются одной из причин возникновения заболеваний пародонта. Клинические исследования подтвердили значение патологии прикуса не только в возникновении, но и в прогрессировании возникшего заболевания пародонта [5].

Однако в доступной литературе мы не обнаружили сведений о гемодинамике и микроциркуляции в пародонте при ортодонтическом лечении резцовой дизокклюзии в динамике у взрослых пациентов.

Цель исследования – изучить функциональное состояние регионарной сосудистой системы тканей пародонта при резцовой дизокклюзии до, в процессе и после лечения несьемной ортодонтической техникой у взрослых пациентов.

Материал и методы исследования. Для решения поставленных задач было обследовано 95 пациентов в возрасте 19-25 лет обоего пола, в том числе 32 мужчин (33,68%) и 63 женщины (66,31%), обратившиеся за ортодонтической помощью в ортодоническое отделение АУЗ Республиканская стоматологическая поликлиника г. Уфы.

С учетом поставленных задач и согласно классификации Л.С. Персина, все пациенты были распределены на 3 группы:

I – с вертикальной резцовой дизокклюзией (35 человек);

II – с резцовой дизокклюзией фронтального отдела (19 человек);

III – с глубокой резцовой дизокклюзией (41 человек).

Обследования проводились до и во время активной фазы ортодонтического лечения несъемной ортодонтической техникой, а также в ретенционном периоде – непосредственно после снятия аппаратуры.

Для изучения функционального состояния регионарной сосудистой системы использовали метод реопародонтографии (РПГ) – реографический метод оценки функционального состояния пародонта: степень вазоконстрикции характеризует степень функциональной недостаточности пародонта, вазодилатация – его перегрузку [2]. Графическую запись РПГ производили по тетраполярной методике с помощью реографической приставки для компьютерного анализа двухканальная РПКА2-01 и программы ДИАСТОМ (НПП «Медасс»). Компьютерная реоприставка автоматическим обрабатывает данные проводимого исследования, сохраняет реопародонтограммы и результаты их обработки в памяти компьютера.

Анализ реограмм осуществлялся по методике ФГУ ЦНИИС и ЧЛХ Росмедтехнологий. При анализе результатов исследования функционального состояния сосудов учитывали индекс периферического сопротивления (ИПС), характеризующий тонус сосудов и их функциональное состояние, индекс эластичности (ИЭ), отражающий способность сосудистой стенки к растяжению, показатель тонуса сосудов (ПТС) и реографический индекс (РИ), являющийся показателем интенсивности кровенаполнения тканей пародонта. В норме ИПС - 80-90%, ИЭ – 70-80%, ПТС – 15%, РИ – 0,01-1,0 Ом [2].

Во всех случаях обследования функционального состояния регионарной сосудистой системы создавались максимально удобные условия для пациентов, исключающие эмоциональные воздействия на результаты физиологических исследований: запись осуществлялась в специально отведенном помещении при отсутствии посторонних лиц, проводилась предварительная подготовка к РПГ исследованию (пациентам объяснялось безвредность этого исследования и его значение для предотвращения рецидивов).

В первую очередь накладывались электроды для ЭКГ - для записи электрокардиограммы во II стандартном отведении. Затем располагали электроды для проведения тетраполярной методики реопародонтографических исследований.

Электроды, представляющие собой 4 металлические пластины, закрепленные на тонкой полимерной пленке, фиксировали в области боковой группы зубов - 1.6,2.6,3.6,4.6, как опорной группы зубов при перемещении и в области фронтальной 1.1,1.2,1.3; 2.1,2.2,2.3; 3.1,3.2,3.3; 4.1,4.2,4.3 группы зубов.

Результаты исследования. Результаты функционального исследования регионарной сосудистой системы у пациентов с резцовой дизокклюзией показали значительные функциональные изменения в пародонте по сравнению с данными нормы, взятыми из литературных источников [2].

В ходе обследования пациентов до ортодонтического лечения выявлено, что показатели РПГ отличались от нормы, что свидетельствует о наличии признаков вазоконстрикции сосудов пародонта и затрудненного кровотока. У пациентов с резцовой дизокклюзией интенсивность регионарного кровотока в среднем была равна 0.05 Ом (по РИ). При этом показатели тонуса регионарных сосудов свидетельствовали о высокой степени вазоконстрикции: по ПТС в среднем 33,3±3,06%, по ИПС в среднем 134,13±6,23%, в связи с этим отмечали снижение напряженности сосудистых стенок (по ИЭ) в среднем 71,3±4,66% (табл. 1).

Таблица 1

Функциональная характеристика регионарной сосудистой системы у взрослых пациентов при резцовой дизокклюзии до ортодонтического лечения

Группы исследования	Показатели			
	РИ, Ом	ПТС, %	ИПС, %	ИЭ, %
1	0,05±0,01	38,0±2,5	141,7±3,6	65,9±3,5
2	0,06±0,016	31,5±4,4	131,7±9,8	72,0±7,2
3	0,05±0,011	30,4±2,3	129,0±5,3	76,1±3,3
Среднее значение	0,05±0,012	33,3±3,06	134,13±6,23	71,3±4,66
Норма	0,01-1,0	13-15	80-90	70-80

Наибольшие отклонения функциональных значений наблюдались в 1 группе у пациентов с вертикальной резцовой дизокклюзией - интенсивность регионарного кровотока в среднем была уменьшена на 49,0% по РИ. При этом показатели тонуса регионарных сосудов говорили о высокой степени вазоконстрикции: увеличение ПТС в среднем в 2 раза от нормы, ИПС в среднем в 2 раза от нормы, соответственно наблюдалось снижение напряженности сосудистых стенок ИЭ в среднем в 1,5 раза от нормы.

Таблица 2

Функциональная характеристика регионарной сосудистой системы у взрослых пациентов при резцовой дизокклюзии во время ортодонтического лечения

Группы исследования	Показатели			
	РИ, Ом	ПТС, %	ИПС, %	ИЭ, %
2	0,069±0,016	36,2±2,6	151,4±5,3	57,0±3,7
3	0,057±0,009	43,0±2,5	140,3±6,2	55,4±3,1
Среднее значение	0,061±0,012	40,9±2,7	151,5±5,4	55,5±3,4
Норма	0,01-1,0	13-15	80-90	70-80

В процессе активного ортодонтического лечения – 7-8 месяцев, после вхождения фронтальной группы зубов в контакт происходило увеличение регионарного кровотока в области исследуемых зубов примерно на 15-23% во всех исследуемых группах (табл.2).

С помощью функционально-диагностического метода исследования установлено, что к началу ретенционного периода при ортодонтическом лечении пациентов с резцовой дизокклюзией происходит положительная динамика изменений регионарного кровотока, включая микроциркуляцию. Однако она не достигает нормальных значений, что свидетельствует о незавершенности процессов перестройки в опорных тканях фронтальной группы зубов у пациентов с данной патологией прикуса (табл. 3).

Как показал анализ показателя тонуса сосудов (ИПС), окончание активного периода ортодонтического лечения обеспечивалось его снижением в среднем на 30,82 %. Изменения показателя эластичности сосудов (ИЭ) также свидетельствовали о расслаблении тонуса регионарных сосудов: ИЭ увеличился в среднем на 15,6%.

Заключение. С наступлением ретенционного периода отмечались вазоконстрикция и существенное уменьшение интенсивности регионарного кровотока. Это означает, что с началом ретенционного периода при ортодонтическом лечении пациентов с резцовой дизокклюзией структурная перестройка и адаптационные процессы в опорных тканях передних зубов далеки от завершения. В связи с этим необходимо увеличение ретенционного периода.

Таблица 3

Функциональная характеристика регионарной сосудистой системы у взрослых пациентов при резцовой дизокклюзии после ортодонтического лечения

Группы исследования	Показатели			
	РИ, Ом	ПТС, %	ИПС, %	ИЭ, %
1	0,5±0,012	26,7±2,9	145,7±1,5	56,65±6,1
2	0,6±0,005	21,4±3,1	99,3±2,7	69,5±5,9
3	0,5±0,007	23,5±2,4	101.5±3,3	64,5±6,3
Среднее значение	0,53±0,008	23,8±2,8	115,5±2,5	63,5±6,1
Норма	0,01-1,0	13-15	80-90	70-80

ЛИТЕРАТУРА

1. Аль-Халеф Наеф Ортодонтическое лечение пациентов с вертикальной дизокклюзией зубных рядов в постоянном прикусе с использованием несъемной техники: автореф. дис. … канд. мед. наук / Аль-Халеф Наеф. – Москва, 2001. – 25 с.
2. Логинова Н.К. Функциональная диагностика в стоматологии. - М. «ГЭОТАР-Медиа», 2007.- с. 14-28.

3. Матвеева Е.А. Исследование влияния тесного положения зубов на функциональные изменения в структурах жевательного аппарата при ортодонтическом лечении: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.А. Матвеева. – Москва, 2004. – 29 с.
4. Михайлова Е.С. Состояние гемодинамики тканей пародонта в процессе комплексного лечения аномалий положения зубов: автореф. дис. … канд. мед. наук / Е.С. Михайлова. – Москва, 2000. – 18 с.
5. Профит У.Р. Современная ортодонтия. – М. МЕДпресс-информ, 2006. – 560с.
6. Хорошилкина Ф.Я., Персин Л.С., Окушко-Калашникова В.П. Ортодонтия. – М.: Медицина, 2005. – - 454 с.

УДК 617.55

© К.И. Завьялов, Э.Ю. Дмитриева, О.А. Филипова, 2014

К.И. ЗАВЬЯЛОВ, Э.Ю. ДМИТРИЕВА, О.А. ФИЛИПОВА

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗОВ И КЛЕЕВЫХ КОМПОЗИЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. *В работе представлено экспериментальное исследование возможности профилактики грыж передней брюшной стенки на лабораторных животных по различным вариантам фиксации наиболее часто применяемых в хирургии эндопротезов, которые фиксируют к апоневрозу посредством клеевых композиций, либо с помощью шовного материала.*

Ключевые слова: *эксперимент, клей, эндопротез, послеоперационне грыжи.*

K.I. ZAVIALOV, E.U. DMITRIEVA, O.A. FILIPOVA

USE OF ENDOPROSTHESIS AND ADHESIVE COMPOSITIONS IN PREVENTION OF POSTOPERATIVE HERNIAS ANTERIOR ABDOMINAL WALL EXPERIMENTALLY

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *In work presents an experimental study of the possibility of prevention of abdominal wall hernias in laboratory animals by various fixing options most frequently used in surgical implants, which are fixed to the aponeurosis through the adhesive compositions, either by suture material.*

Keywords: *experiment, glue, endoprosthesis, postoperative hernia.*

Актуальность. На сегодняшний день происходит осознание необходимости уменьшения длины разреза передней брюшной стенки и более бережного отношения к ее тканям. Широкое распространение получают операции выполняемые из небольших, малых доступов, причем с применением как обычных, так и высокотехнологичных хирургических инструментов [1, 4, 7].

Совершенно очевидно, что объем повреждения тканей при небольших открытых разрезах или эндоскопических вмешательствах значительно меньше, чем при операции из классического доступа. Но, к сожалению, и эти методики выполнения операций не лишены такого недостатка, как образование послеоперационных грыж [2, 4, 10, 11].

Образование грыж после миниинвазивных операций наблюдается в результате рассечения апоневроза, а так же использовании троакаров и ранорасширителей различного диаметра [3, 5, 6].

Послеоперационные грыжи могут локализоваться в различных отделах передней брюшной стенки [1, 7, 9, 11].

Единственным способом радикального лечения послеоперационной грыжи является операция. Оперативные вмешательства по устранению послеоперационных грыж составляют около 10% от всех хирургических вмешательств [2, 3, 5, 8, 10].

В последние годы появилось много работ, подтверждающих значение клеевых композиций в хирургии, которые позволяют склеивать раневую поверхность без использования шовного материала и оказывают гемостатический эффект. В конечном итоге это приводит к уменьшению послеоперационных осложнений

Важно отметить, что хирургические клеи лишены недостатков, свойственных некоторым другим современным методам гемостаза, таким как диатермокоагуляция, лучи лазера, потоки плазмы, которые вызывают большую некротическую зону, ожоги тканей за пределами поврежденного участка [1, 6].

В связи с вышеизложенным, а также с учетом современного развития медицинских технологий чрезвычайно актуальным является разработка эффективных методов профилактики послеоперационных грыж передней брюшной стенки, отвечающих современному состоянию науки.

Целью работы являлось экспериментально исследовать возможность применения сетчатых эндопротезов и клеевых композиций в профилактике послеоперационных грыж передней брюшной стенки.

Материал и методы.

В эксперименте использовались 120 крыс обоего пола, массой 150–170 г. Животные были разделены на 3 группы, в зависимости от применяемой методики фиксации эндопротеза. При этом каждая группа делилась еще на 2 подгруппы по виду материала используемого эндопротеза:

1-я группа, в которой для фиксации эндопротеза использовался клей латексный тканевой (КЛТ) с полипропиленовой (ПП) и политетрафторэтиленовой (ПТФЭ) сетками;

2-я группа, в которой в качестве фиксатора применялся сульфакрилатный клей (СК) также совместно с ПП и ПТФЭ;

3-я группа (контроль), в которой применялись аналогичные эндопротезы (ПП и ПТФЭ), а для их фиксации использовалась капроновая нить (КН).

Оперативные вмешательства были проведены в асептических условиях под эфирным ингаляционным наркозом, в соответствии с Конвенцией по защите животных, используемых в эксперименте и других научных целях, принятой Советом Европы в 1986 г.

Строго по средней линии живота, отступя книзу от мечевидного отростка на 2 см, в продольном направлении, рассекалась кожа и подкожная клетчатка длинной 2–3 см. Белая линия живота и передняя стенка влагалища (апоневроза) прямых мышц освобождались от клетчатки путем ее отсепаровки в стороны от срединного разреза на расстояние 1,5 см. В созданное таким образом пространство помещался эндопротез диаметром 0,5 см, который фиксировался к апоневрозу прямых мышц посредством клеевой композиции или шовной фиксации. Осуществляли тщательный гемостаз в ране и ушивали кожу с подкожной клетчаткой. Дренирование раны не проводили, кожный шов обрабатывали спиртовым раствором йодопирона.

После операции крысы содержались в условиях вивария в просторных клетках с сетчатым дном на стандартном пищевом режиме.

Из эксперимента животных выводили путем передозировки средств для наркоза в соответствии с Конвенцией по защите животных, используемых в эксперименте и других научных целях, принятой Советом Европы в 1986 г. в разные сроки наблюдения (на 1-е, 3-и, 7-е, 14-е и 28-е сутки с момента операции).

Компьютерная обработка первичных данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2007 и Statistica 6.0

Для изучения динамики процессов заживления во всех группах проводилась вырезка лоскута ткани передней брюшной стенки, содержащий кожу с подкожной жировой клетчаткой, мышечно-апоневротический рубец с приклеенными или пошитыми эндопротезами и брюшину. Проводили качественную и количественную оценку патоморфологических изменений в области раны, швов, клеев, а также в окружающих участках брюшной стенки. На окрашенных гистологических срезах изучались признаки воспаления, степень дистрофических, склеротических, регенераторных процессов.

Результаты и обсуждение. Для изучения динамики процессов заживления во всех группах проводилась вырезка лоскута ткани передней брюшной стенки содержащий кожу с подкожной жировой клетчаткой, мышечно-апоневротический рубец с приклеенными или подшитыми эндопротезами и брюшину. Ответ организма в 1 сутки вокруг эндопротезов представлял собой экссудативную реакцию по типу асептического серозного воспаления. В окружающих тканях брюшной стенки обнаруживалась гиперемия сосудов на фоне

интерстициального отека. По истечении трех суток было замечено некоторое повышение экссудативной реакции в области эндопротезов.

К концу первой недели эксперимента у животных контрольных подгрупп обнаруживались следующие изменения: подкожные и межмышечные сосуды были умеренно полнокровными, отмечался небольшой межуточный отек и набухание слоев брюшной стенки, вокруг капроновых швов и эндопротезов выявлялась умеренная клеточная инфильтрация, воспалительный инфильтрат при использовании ПП был более разреженным, не формировал очаговых скоплений, проникал в промежутки между волокнами сетки. В отличие от ПП при ПТФЭ скопления клеток формировали тесный, четко отграниченный плотный вал. Полнокровие сосудов имело примерно равную степень выраженности во всех группах наблюдения, при этом в серии с СК и КН это сопровождалось меньшим отеком межуточного вещества и отсутствием кровоизлияний.

На сроке 14 суток клеевой компонент СК разделялся на части, а к 28 дням оставались лишь небольшие организующиеся фрагменты клея, между которыми начинался рост рыхлой волокнистой соединительной ткани. Помимо этого в этот период возникали явления неоваскуляризации зоны подклеивания, также более выраженые в группе СК.

В серии отсутствия клея трансплантаты ПП и ПТФЭ были плотно окружены воспалительным инфильтратом с циркуляными соединительнотканными тяжами и мелкими новообразованными сосудами вокруг волокон ПП и преимущественно инкапсулирующие вокруг ПТФЭ эндопротеза.

В группе с имплантатом ПТФЭ к 14 суткам было зарегистрировано уменьшение явлений реактивного воспаления, отёка. Отличием применения КЛТ от СК явилось появление вокруг эндопротезов, как ПП, так и ПФТЭ, рыхлой соединительной капсулы.

В контрольных подгруппах при традиционной шовной имплантации эндопротезов ПП и ПТФЭ на ранних сроках наблюдения отмечались острые воспалительные явления, связанные с операционной травмой и наличием шовного материала, которые заметно уменьшились к 14 суткам и практически полностью нивелировались к 28 дню.

В результате проведенных экспериментов было выявлено, что каждая из использованных методик фиксации эндопротеза имеет свое время, необходимое для достижения неподвижности фиксированного эндопротеза после его установки. Время фиксации: КЛТ - 5 минут; узловые швы - 4 минуты; СК - 1,5 минуты.

Благополучный исход эксперимента и хорошие показатели ранозаживления во всех исследуемых группах наблюдали у 65 лабораторных животных.

Выводы. СК можно рассматривать как более предпочтительный клеевой метод фиксации внутрибрюшинных сетчатых эндопротезов в плане профилактики выраженных рубцовых изменений в области вмешательства на брюшной стенке при сохранении хороших прочностных свойств. При применении клеевых композиций и сетчатых эндопротезов наилучшие результаты получены при СК+ПП, осложнений при данном сочетании не наблюдалось. Далее по степени эффективности следуют КЛТ+ПП (1 случай нагноения раны) и СК+ПТФЭ (1 случай нагноения раны ассоциацией микроорганизмов). При исользовании КЛТ+ПТФЭ в 16 случаях произошло смещения сетчатого протеза и 1 нагноение, а при КН в 12 случаях образовались свищевые ходы и в 2 случаях нагноение ран.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов, М.А. Профилактика послеоперационных вентральных грыж после лапароскопической холецистэктомии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 22 с.
2. Белоконев, В.И. Послеоперационная вентральная грыжа в эксперименте / В.И. Белоконев, Т.А. Федорина, С.В. Нагапетян // Герниология. – 2004. - № 2. - С. 25-32.
3. Благовестнов, Д.А. Роль и место протезирующих методов пластики передней брюшной стенки в хирургии первичных срединных грыж / Д.А. Благовестнов, А.В. Упырев, А.Х. Срукова // Вестник новых медицинских технологий. - 2011. – Т. 18, № 1. - С. 153-155
4. Григорюк, А.А. Применение сетчатых полипропиленовых имплантатов в лечении послеоперационных вентральных грыж: экспериментальное и клиническое исследование / А.А. Григорюк, В.А. Ковалев // Дальневосточный медицинский журнал. - 2010. - № 2. - С. 23-26.
5. Изучение динамики тканевой реакции передней брюшной стенки животных на имплантацию полипропиленовой и политетрафторэтиленой сеток / В.Н. Егиев [и др.] // Герниология. - 2004. - № 1. - С. 31-33.
6. Морфологическая оценка заживления раны при различных способах пластики дефектов передней брюшной стенки у экспериментальных животных и грыжесечение с протезирующей реконструктивной пластикой у больных с ущемленными послеоперационными вентральными грыжами с использованием фибринового клея / Б.А. Наумов [и др.] // Анналы хирургии. - 2010. - № 4. - С. 37-45.
7. Морфология тканей при использовании протезов из полипропилена и политетрафторэтилена / С.В. Иванов [и др.] // Анналы хирургии. - 2009. - № 3. - С. 59-63.
8. Нетяга, А.А. Выбор синтетического материала для пластики дефектов брюшной стенки (экспериментальное исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Курск, 2002. - 19 с.

9. Сравнительная характеристика синтетических полимеров в эксперименте на животных / В.Б. Дмитриев [и др.] // Вестник трансплантологии и искусственных органов. - 2007. - № 8. - С. 47-49.
10. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж: новые материалы, новые технологии / В.В. Петров [и др.] // Современные технологии в медицине. - 2010. - № 1-2. - С. 71-72.
11. Bellon, J.M. Ultrastructural alterations of PTFE prostheses in abdominal wall provoked by infection: clinical and experimental stady / J.M. Bellon, L.A. Contreras, J. Bujan // World J. Surg. - 2000. - Vol. 24, № 5. - P. 528-531.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ
Константин Игоревич Завьялов, интерн кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ
e-mail: total-super@bk.ru
Элина Юрьевна Дмитриева, аспирант кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ

УДК 617.58

© Т.Р. Ибрагимов, Г.С. Мухамедьянов, К.И. Завьялов, В.П. Окроян, Д.А. Шилов, 2014

Т.Р. ИБРАГИМОВ, Г.С. МУХАМЕДЬЯНОВ, К.И. ЗАВЬЯЛОВ, В.П. ОКРОЯН, Д.А. ШИЛОВ

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ

Башкирский Государственный Медицинский Университет, г. Уфа

Резюме. *Авторами исследования проведен анализ эндовидеохирургического лечения пациентов с осложненными формами заболевания вен нижних конечностей. Всем пациентам было выполнено одномоментное эндовидеохирургическое оперативное лечение. Анализ полученных результатов показал, что применение эндовидеохирургических технологий в лечении осложненных форм заболевании вен нижних конечностей значительно сокращает время хирургического вмешательства, снижает показатели послеоперационных осложнений. Болевой синдром у больных в раннем послеоперационном периоде был менее выражен, чем при открытых двух этапных операциях. Таким образом, миниинвазивное лечение заболеваний вен нижних конечностей с применением эндовидеохирургических технологий способствует более быстрой активизации больных и послеоперационной реабилитации.*

Ключевые слова: *Эндовидеохирургия, миниинвазивные венозные операции нижних конечностей*

T.R. IBRAGIMOV, G.S. MUKHAMEDIANOV, K.I. ZAVIALOV, V.P. OKROYAN, D.A. SHILOV

ENDOVIDEOSURGICAL OPERATION OF THE LOWER LIMBS

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract: *The authors of the study analyzed the endovideosurgical treatment of patients with the complicated venous disease forms of the lower extremities. All patients was made one-stage endovideosurgical operation. Analysis of the results, showed that application of endovideosurgical technologies in treatment of the complicated forms a disease of veins of the bottom extremities considerably reduces time of surgical intervention, reduces indicators of postoperative complications. In the early postoperative period, the pain in patients operated with the use endovideosurgery technology is less pronounced, than with the open operation which consists of two steps. Thus, the minimally invasive treatment of venous disease of the lower extremities using with application of endovideosurgical technology promoted faster activization of patients and postoperative rehabilitation.*

Keywords: *endovideosurgery, venous complications of the lower limbs*

Актуальность

Наиболее частыми осложнениями заболевания вен нижних конечностей являются трофические язвы. Они возникают в результате кровеносных, лимфатических или нервных расстройств, приводящих к питательным нарушениям тканей. Чаще всего трофические изменения на нижних конечностях встречаются среди пациентов, которые страдают хронической венозной недостаточностью (ХВН), варикозно-трансформированными венами и посттромбофлебитным синдромом, облитерирующим поражением сосудов конечностей, слоновостью, врожденными пороками развития сосудов [1,4].

У больных с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей трофические нарушения встречаются намного реже, около 4% случаев. Но у больных, которые в анамнезе имеют не однократный тромбоз вен нижних конечностей на различных уровнях, трофические изменения встречаются в 15-35% наблюдений [5]. И чем дольше срок заболевания, тем выше риск развития язвы. До сих пор не определена единая тактика лечения с точки зрения раннего восстановления утраченных кожных покровов, что в последующем ведет к развитию гнойных осложнений, увеличению сроков госпитализации, ухудшению функциональных результатов лечения и инвалидизации [5,7].

Современное лечение трофических язв нижних конечностей основано на устранении венозной гипертензии, которая при не своевременном лечении приводит к деструкции тканей на клеточном, тканевом и микроциркуляторном уровнях. Для решения этой задачи используют консервативные мероприятия включающие в себя применение системной фармакотерапии на фоне лечебно–охранительного режима, физиотерапии, эластического бинтования нижних конечностей, диеты [2,6].

Однако, приоритет хирургических методов лечения очевиден, так как для снижения венозной гипертензии и ее последствий необходимо радикальное устранение вертикального или горизонтального вено-венозного рефлюкса. Для достижения данной цели большинство сосудистых хирургов используют старую методику операции в 2 этапа. Первым этапом убирают до верхней трети голени ствол большой подкожной вены, затем ждут заживления или уменьшения размеров язвы. И только потом переходят ко второму этапу [3,8].

В настоящее время во всех областях хирургии наблюдается тенденция к уменьшению операционной раны и сроков ее заживления за счет применения новых методик и технологий оперативного лечения. Наиболее предпочтительным для больного является

одномоментная, субфасциальная перевязка вен из группы Коккета с применением эндовидеохирургических технологий [2,7].

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с осложненными формами заболевания вен нижних конечностей с применением эндовидеохирургических технологий.

Материал и методы

В исследовании приняли участие 65 больных с осложненными формами заболеваний венозной системы нижних конечностей, которым было проведено лечение в клинике БГМУ с применением эндовидеохирургических технологий (Таблица 1).

Таблица 1

Этиологический фактор трофических язв прооперированных больных

Этиология трофических язв	Пол		Количество пациентов	
	Мужской	Женский	Абсолютное	%
Посттромботическая болезнь варикозно-язвенная форма	12 (18,5%)	8 (12,3%)	20	30,8
Варикозная болезнь	14 (21,5%)	31 (47,7%)	45	69,2
Всего	26 (40,0%)	39 (60,0%)	65	100,0

Возраст пациентов составил от 21 до 68 лет (средний возраст 43,5 года). Наличия трофической язвы у больных в среднем составило 8 месяцев. Размеры трофических язв от 2,5х1,5 см до 8,5х7,5 см.

До поступления в клинику БГМУ все больные лечились самостоятельно без положительной динамики.

Всем пациентам перед хирургическим лечением назначалось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей с обязательной маркировкой несостоятельных перфорантных вен.

В качестве лечение больным было выполнено эндовидеохирургическое одномоментное оперативное вмешательство, включающее в себя кроссэктомию (верхнюю или нижнюю), верхний или нижний стриппинг, эндоскопическое субфасциальное лигирование и пересечение несостоятельных перфорантных вен (альтернатива перевязки перфорантных вен доступом по Линтону или Фельдеру). После операции была назначена анальгетическая, антибактериальная терапия, эластическое бинтование нижних конечностей, терапия направленная на улучшение микроциркуляции, венотоники.

Результаты

Применение современных хирургических технологий в лечении трофических язв значительно сократило время хирургического вмешательства. Так же снизились показатели

послеоперационных осложнений. Ни в одном из случаев нагноение послеоперационных ран не наблюдалось. Болевой синдром у больных в раннем послеоперационном периоде был менее выраженный, чем при открытых двух этапных операциях.

Малая инвазивность операции с применением эндовидеохирургической технологии способствовала более быстрой активизации больных и послеоперационной реабилитации. После проведенного хирургического вмешательства все больные были выписаны из стационара в течение 7 дней. Больные находились под наблюдением в сроки от 3 до 24 месяцев, в большинстве случаев наблюдалась положительная динамика.

Заживление язвы произошло у 39 (60%) пациентов. У 24 (36,9%) больных наблюдалось уменьшение размеров язвы на площадь более 50%. У 2 (3,1 %) пациентов заживления язвы не наблюдалось.

Выводы

Внедрение в клиническую практику эндовидеохирургической технологии при перевязке несостоятельных перфорантных вен позволило уменьшить площадь операционной раны и обеспечить ту же эффективность вмешательства, что и открытые хирургические способы субфасциальной диссекции. В раннем послеоперационном периоде не наблюдалось нагноения послеоперационных ран, уменьшились косметические дефекты, а так же сократились сроки госпитализации пациентов. В период длительного наблюдения за больными отмечалась значительная положительная динамика в заживлении трофических язв.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев, В.Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: от патогенеза к лечению и профилактике / В.Ю. Богачев // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2008. - Т. 14. - №2. - С. 65-72
2. Богданец, Л.И. Венозные трофические язвы. Возможности современной флебологии в решении старой проблемы / Л.И. Богданец // Русский медицинский журнал. - 2010. - Т. 18. - № 7. - С. 1060-1063
3. Габибулаев, А.Ф. Тактика лечения венозных трофических язв / А.Ф. Габибулаев, М.Г. Магомедова, М.А.Саидов // Хирург. 2008. - № 10. - С. 11-12.
4. Дибиров, М. Д. Трофические язвы: практ. рук. / М. Д. Дибиров Минздравсоцразвития РФ, ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава". – М. : ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава. - 2007. – 304 с.
5. Заболевания вен / под ред. Х.С. Фронек, пер. с англ. под ред. И.А. Золотухина. М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. - 200 с.

6. Солошенко В.В., Фисталь Н.Н., Хачатрян С.Г. Методы хирургического лечения трофических язв // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – Т.5, №4. - С. 617-619.
7. Grey, J.E. Venous and arterial leg ulcers / J.E. Grey, K. G Harding, S. Enoch // B.M.J. - 2006. - Vol. 332. - P. 347-350.
8. Palfreyman, S. Dressings for venous leg ulcers: systematic review andi. meta-analysis / S. Palfreyman, E.A. Nelson, J.A. Michaels // Brit. Med. J. - 2007.- Vol. 335. - P. 244-248.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ
Константин Игоревич Завьялов, интерн кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ, e-mail: total-super@bk.ru
Ибрагимов Теймур Рамиз оглы, клинический ординатор кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ
Гайсар Саматович Мухамедьянов, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ
Венедикт Петросович Окроян, аспирант кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ
Дмитрий Анатольевич Шилов, аспирант кафедры хирургических болезней и новых технологий с курсом ИПО, Клиника БГМУ

УДК 618.175-053.6

© С.Ф. Насырова, Ф.Л. Хайруллина, Ф.Ф. Бадретдинова, 2014

С.Ф. НАСЫРОВА, Ф.Л. ХАЙРУЛЛИНА, Ф.Ф. БАДРЕТДИНОВА

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСМЕНОРЕИ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Башкирский Государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Девушки-подростки с дисменореей представляют группу повышенного риска по нарушению менструальной функции и формированию патологии репродуктивной системы. Своевременно проведенные комплексные лечебные мероприятия с учетом выявленных патологических процессов, использование современных низко дозированных гормональных препаратов значительно улучшают качество жизни подростков и предотвращают нарушения становления репродуктивной системы.*

Ключевые слова: *репродуктивная система, девушки подростки, гормональные препараты, комплексное лечение.*

S.F. NASIROVA, F.L. HAIRULLINA, F.F. BADRETDINOVA

DYSMENORRHEA COMPLEX TREATMENT IN ADOLESCENT GIRLS

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *Adolescent girls with dysmenorrhea present the high risk group with menstrual function pathology and formation pathology of reproductive system. Up to date complex treatment with revealing of pathologic processes, application of modern low-dosage hormone preparations improves greatly the life quality in adolescents and prevents repro-ductive system pathology development.*

Keywords: *reproductive system, adolescent girls, hormone preparations, complex treatremnt*

Решение многих вопросов ювенильной гинекологии требует более глубокого понимания физиологических закономерностей становления репродуктивного здоровья подростков. Возросла частота нарушений становления функции репродуктивной системы и отклонений психосоматического здоровья. На сегодняшний день одной из актуальных проблем подростковой гинекологии остается дисменорея. Дисменорея – нарушение менструаций, включающее широкий спектр нейровегетативных, обменно - эндокринных, психических и эмоциональных отклонений, ведущее проявление которых – болевой синдром. В период становления менструальной функции, несмотря на широкий спектр предполагаемого лечебного воздействия, число подростков, страдающих болезненными

менструациями, не уменьшается. Частота данной патологии сохраняется на высоких цифрах, вплоть до 75%. Выделяют первичную дисменорею, когда отсутствует органическая патология со стороны половых органов и вторичную дисменорею, которая может быть вызвана различными заболеваниями и состояниями органов малого таза (наружный и внутренний генитальный эндометриоз, воспалительные заболевания придатков и матки, пороки развития матки и влагалища, спаечный процесс в малом тазу и т.д.). По скорости прогрессирования процесса различают компенсированную и декомпенсированную формы дисменореи. При компенсированной форме выраженность и характер патологического процесса в дни менструаций на протяжении времени не изменяются, при декомпенсированной форме интенсивность боли с каждым годом нарастает. Степень тяжести дисменореи определяют по критериям, разработанным в 1996 году Делигеороглу Э., Арвантинос Д. И. В патогенезе дисменореи отводится роль усиленному образованию или замедленной деградации простагландинов и тромбоксанов, которые вызывают спастические сокращения матки с нарушением маточного кровотока, ишемией и формированием стойкой боли. Также имеет место гормональная теория возникновения дисменореи, согласно которой дисменорея объясняется гиперэстрогенемией при недостаточности прогестерона. Существенную роль в этиопатогенезе дисменореи играют психические факторы, ассоциирующие с восприимчивостью к боли. Интенсивность болевого ощущения зависит от ряда факторов: типа вегетативной нервной деятельности личности, психологического настроя, эмоционального фона, обстановки. Проведенные рядом авторов электроэнцефалографические исследования на высоте болевого приступа свидетельствуют о выраженной дисфункции диэнцефальных структур мозга с раздражением лимбических или стрио-паллидарных структур (эмоциогенных зон). На фоне функциональных нагрузок, особенно в процессе гипервентиляции, отмечалось появление вспышек пароксизмальной активности. Таким образом, дисменорея является сигналом нарушений, развившихся в системах, обеспечивающих и контролирующих процесс отторжения эндометрия. При этом болезненная менструация является лишь одним из наиболее ярких симптомов гинекологического, соматического или психосоматического заболевания, а иногда и их сочетания.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей купирования стойкой дисменореи у девушек.

Материал и методы.

Обследовано 86 девушек 16—18-летнего возраста. Основными жалобами у всех обследованных девушек были боли внизу живота, возникающие в первый день менструации.

Интенсивность боли констатировали как слабые – 14%, как переносимые – 79% и как сильно раздражающие – 7% обследованных. Сохранение болей в течение 1-х суток отмечали все пациентки, в течение 2 -3-х суток у 44%, до окончания менструации боли сохранялись у 12% . Также абсолютное большинство (53) обследованных девушек жаловались на головную боль, быструю утомляемость, тошноту, диарею. Менархе у обследованного контингента девушек в возрасте 11 -14 лет. Менструальный цикл установившийся, регулярный - у 74 девушек, у 12 – нерегулярный. Продолжительность менструального цикла 27 – 28 дней имели 63 девушки, у 9-и девушек – 21 – 23 дня и менструальный цикл 35 и более дней имели 14 девушек. Менструации у 78% обследованных девушек отмечались как умеренные, как скудные - у 5% и как обильные - у 17% обследованных девушек. Из числа обследованных 18% девушек были сексуально – активными, 4 девушки имели беременности, закончившиеся медицинским абортом. Контрацептивами пользовались 7% обследованных девушек, живущих половой жизнью. Предпочтение отдавалось презервативам и прерванному половому акту.

У большинства пациенток отмечалось наличие в анамнезе сопутствующей хронической патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, такие как гастродуодениты у 39%, холецисто-панкреатиты у 14%, колиты у 33% обследованных различной степени выраженности и давности патологического процесса. По поводу острого аппендицита прооперированы 2 девушки. Из перенесенных гинекологических заболеваний отмечены бактериальный вагиноз – 24%, кандидозный вульвовагинит – 41%, хронический сальпингоофорит – 3%, неправильные положения матки – 16%, предменструальный синдром – 85% случаев. По результатам изучения вегетативного статуса и психо-эмоциональных особенностей у преобладающего большинства обнаружен смешанный тип реагирования вегетативной нервной системы (ВНС) на болезненное отторжение эндометрия. Однако в симптомокомплексе дисменореи преобладали парасимпатические проявления раздражения ВНС.

По результатам комплексного клинико – лабораторного обследования была диагностирована первичная дисменорея средней степени тяжести у 67 пациенток, вторичная дисменорея легкой степени тяжести у 19 пациенток. При назначении лечения учитывались основные звенья патогенеза и преобладающие симптомы. Медикаментозное лечение являлось неотъемлемой частью оздоровления. Для купирования боли был выбран препарат найз. Выбор обусловлен его выраженным анальгетическим эффектом при отсутствии побочных явлений, возникающих от влияния нестероидных противовоспалительных препаратов на циклооксигеназу-1, т.е. тошноты, диареи, чувства жжения в области

эпигастрия, сухости в ротовой полости, снижения аппетита. Препарат назначали в суточной дозе 300 мг (по 1 табл. 3 раза в день). При применении препарата найз обезболивающий эффект наблюдался в первые же часы от начала болевого синдрома и сохранялся на протяжении всех дней менструации, что позволило подтвердить гиперпростагландинемическое происхождение дисменореи у обследованных девушек.В качестве основной терапии всем пациенткам назначались гестагены или гормональные контрацептивы. Препарат дюфастон, представляющий собой производное натурального прогестерона, применяли с 5-го по 25-й день менструального цикла в суточной дозе 20 мг, длительностью 3 – 6 месяцев. Пользовались и укороченной схемой применения препарата: дюфастон внутрь по 10 мг 1 – 2 раза в сутки с 16-го по 25-й день менструального цикла. Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) применяли по обычной схеме: по 1 таблетке ежедневно в одно и то же время суток, начиная с 1- го дня менструального цикла, до конца упаковки. Затем 7 дней перерыв – и следующая упаковка. Длительность применения составило 6 месяцев. При выборе КОК предпочтение отдавали препаратам, содержащим дезогестрел (марвелон, мерсилон, регулон, новинет) или гестоден (фемоден, логест, линдинет-20). Также для профилактики развития вегетативных и трофических расстройств применялись антиоксиданты (вит. Е внутрь 200-400 мкг в сутки, непрерывно, длительно), средства, содержащие соли магния (Магне-В6 внутрь по 1 таб. 3 раза в день, в течение 4 мес., 2 раза в год). В целях нормализации состояния вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса рекомендовали седативные препараты растительного происхождения, препараты, улучшающие мозговое кровообращение (кавинтон по 1 таб. 2 раза в день, ноотропил 1 капсула в день), венотоники (эскузан по 10 кап. 2 раза в день) в течение 3-4 месяцев с двухмесячными перерывами между курсами. Немедикаментозное лечение сводилось к применению ЛФК, акупунктуры, иглорефлексотерапии, магнитотерапии, диадинамотерапии, амплипульстерапии, психотерапии.

Результаты и обсуждение.

После проведенного комплексного лечения существенно уменьшилось количество жалоб, обусловленных вегетативным типом реагирования на боль. Частота обмороков и обморочных состояний уменьшилась в 8 раз; головной боли - в 3 раза; тошноты, рвоты — в 2,5 раза; слабости — в 1,4 раза; усиления потоотделения — в 3 раза; повышенной зябкости — в 1,7 раза; онемения и парестезии конечностей — в 1,2 раза. В то же время ни у одной из девушек не было выявлено побочных реакций и осложнений со стороны органов пищеварения.

Выводы:

Анализ проведенных исследований показал, что девушки-подростки с дисменарией представляют группу повышенного риска по нарушению менструальной функции и формированию патологии репродуктивной системы. Своевременно проведенные комплексные мероприятия с использованием низкодозированных контрацептивов, медикаментозных и немидикаментозных методов терапии способствуют значительному улучшению качества жизни девушек-подростков, профилактики нарушений репродуктивной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балашов П.П. Расстройство психосоциального поведения девочек-подростков в современных условиях / П.П. Балашов, С.В. Гарганеев // Российский психиатрический журнал № 2. -2001. – С.25-27
2. Бехало В.А., Лосева О.К., Сысолятина Е.В. / Репродуктивное здоровье и сексуальное поведение подростков / Репродуктивное здоровье детей подростков. – 2007. -№ 5.
3. Зернюк А.Д. Современные девушки-подростки и современные методы контрацепции // Репродуктивное здоровье детей подростков. – 2008. - № 1. – С. 77-84.
4. Савельева И.С., Уварова Е.В. Комбинированные оральные контрацептивы в аспекте сохранения репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2006. - № 8. – С. 13-20.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ
Насырова Светлана Фаниловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования Башкирского Государственного медицинского университета, Россия, г.Уфа
Хайруллина Фания Лутафиевна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования Башкирского Государственного медицинского университета, Россия, г.Уфа
Бадретдинова Фларида Фуатовна - кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии Института последипломного образования Башкирского Государственного медицинского университета, Россия, г.Уфа

УДК 616.831-005.1

©Л.Б. Новикова, А.П. Акопян, Э.М. Колчина, И.М. Карамова, 2014

Л.Б. НОВИКОВА, А.П. АКОПЯН, Э.М. КОЛЧИНА, И.М. КАРАМОВА
ОКАЗАНИЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. *Церебральный инсульт - актуальная медико-социальная проблема. Анализ итогов работы Регионального Сосудистого Центра (РСЦ) Больницы Скорой Медицинской Помощи г. Уфы за 2010 – 2012гг. Опыт работы РСЦ БСМП подтверждает, что успешная специализированная помощь больным с инсультом требует междисциплинарного комплексного подхода и соблюдения утвержденного алгоритма в соответствии с протоколом введения больных «Инсульт» Национального стандарта РФ на всех этапах.*

Ключевые слова: *инсульт, «терапевтическое окно», тромболизис, скорая медицинская помощь.*

L.B. NOVIKOVA, A.P. HAKOBYAN, E.M. KOLCHINA, I.M. KARAMOVA
PROVISION OF SPECIALIZED MEDICAL STROKE CARE.

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *Cerebral stroke - urgent medical and social problem . Analysis of the results of the Regional Vascular Center (RVC) Emergency hospital in Ufa in 2010 - 2012 . The experience Regional Vascular Center situated in Emergency Hospital confirms that the successful specialised help for patients with stroke requires the interdisciplinary complex approach and compliance with approved algorithm in accordance with the protocol of administration patients " Stroke " of national standards at all stages.*

Keywords: *stroke, "therapeutic window" , thrombolysis , emergency.*

Церебральный инсульт является актуальной медицинской и социальной проблемой. По данным Всемирной Федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 миллионов инсультов. Эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют, что острые ишемические нарушения мозгового кровообращения продолжают доминировать (70-85% случаев) в структуре цереброваскулярных расстройств. В России заболеваемость инсультом остается одной из самых высоких в мире и составляет 3,4 на 1000 человек в год, что в абсолютных цифрах

больше 450 000 новых инсультов в год. Инсульт является одной из наиболее распространенных причин инвалидизации, а около 30% инсультов приводят к летальному исходу в остром периоде заболевания. К труду возвращается не более 20% больных, перенесших инсульт, причем 1\3 заболевших – это люди трудоспособного возраста [1,3]. По Республики Башкортостан (РБ) заболеваемость церебральным инсультом составляет 349 случая на 100 000 населения в год, летальность 48% в год.

В связи с ростом распространенности инсульта, его возросшей роли в причинах летальности и инвалидности в Российской Федерации, в рамках Национального проекта «Здоровье» и Федеральной программы «Снижение заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний» в г. Уфе был создан и успешно функционирует Региональный Сосудистый Центр (РСЦ) на территории Больницы Скорой Медицинской Помощи, являющейся клинической базой кафедры Неврологии и нейрохирургии ИПО БГМУ. Научным руководителем РСЦ является заведующая кафедрой неврологии и нейрохирурги ИПО БГМУ, профессор Лилия Бареевна Новикова. Центр координирует вопросы изучения эпидемиологии, диагностики, профилактики, лечения, реабилитации цереброваскулярных заболеваний и инсультов в лечебных учреждениях г.Уфы и РБ.

Учитывая высокую социальную значимость инсульта и его осложнений, чрезвычайно актуальными становятся вопросы своевременной медицинской помощи данной категории больных, эффективность которой зависит от четкого соблюдения алгоритма и преемственности на всех этапах - от службы Скорой медицинской помощи до специализированных отделений. В настоящее время доказано преимущество лечения больных инсультом в специализированных отделениях на комплексной, мультидисциплинарной, преемственной и индивидуальной основе [1, 2]. Пациент с подозрением на инсульт нуждается в неотложной помощи, а специфическое лечение геморрагического или ишемического типа инсульта может быть начато только после подтверждения его клинических проявлений методами нейровизуализации. В связи с этим встает необходимость скорейшей транспортировки больного с инсультом в специализированный стационар. Оказание неотложной помощи больным с инсультом регламентируется приказом №928н МЗ РФ от 11 10 2012 года и начинается на догоспитальном этапе бригадами скорой медицинской помощи, которые осуществляют коррекцию жизненно важных функций и обеспечивают экстренную транспортировку в специализированное отделение.

Цель работы: провести анализ и оценку показателей сроков госпитализации больных с диагнозом инсульт, распределения больных по полу, возрасту и социальному

положению, определить случаи расхождения диагнозов при поступлении с окончательным клиническим диагнозом.

Для выполнения поставленной задачи был проведен анализ итогов работы РСЦ БСМП г. Уфы за 2010-2012 год по проблеме инсульта, который показал что в 2012 году наблюдался рост ОНМК на 14 % и 3,4% относительно 2011 и 2010 года соответственно, причем более 80% от общего количества инсультов составили ишемические инсульты (ИИ). Возросло число повторных ИИ с 20% в 2010 году, до 22,3% в 2012 году (Рис.1).

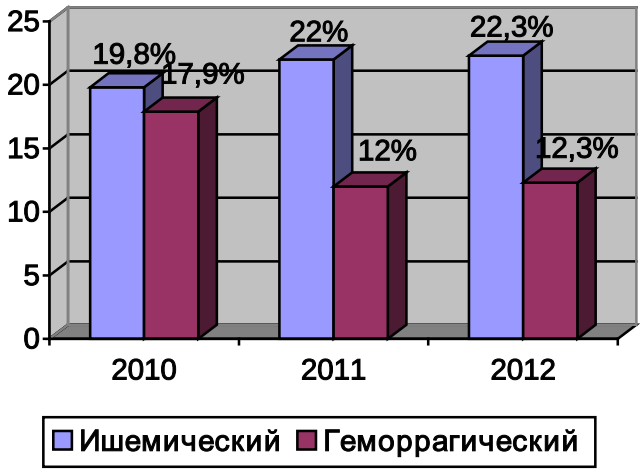

Рис.1.Частота повторных ОНМК за 2010-2012гг

Одним из важных факторов исхода ОНМК является ранняя госпитализация больных. В связи с этим решающее практическое значение имеют пути и сроки экстренной доставки больных с инсультом и транзиторными ишемическими атаками (ТИА) в специализированные отделения. Доказано, что ТИА являются таким же неотложным патологическим состоянием, как ИИ по единству патогенеза, что объясняет высокий риск рецидивов нарушений мозгового кровообращения у больных перенесших ТИА, в связи с чем ТИА рассматриваются как один из важнейших независимых факторов риска ИИ, требуют экстренной госпитализации и неотложной тактики обследования и лечения. В 2012 году 73% больных с ТИА и 80% больных с ОНМК были доставлены в приемное отделение больниц по линии скорой медицинской помощи. В первые 3-6 часов было госпитализировано 20% больных с ОНМК и 31% больных с ТИА. Особую значимость имеет госпитализация больных с инсультом в период «терапевтического окна», т.е. в первые 4,5 часа от начала заболевания, для безотлагательного применения комплекса мероприятий, направленных на восстановление нарушенных, вследствие инсульта, функций [2]. В ранние сроки инсульта применяются высокотехнологичные методы лечения, такие как селективный

и системный тромболизис, способствующий реперфузии мозгового кровотока в ишемизированном очаге и наиболее эффективный с началом лечения в первые 4,5часа от появления клинических симптомов заболевания, а также метод реканализационной терапии - тромбоэкстракция. Международный регистр тромболитической терапии при ишемическом инсульте в клинической практике проводится с 2001 года. Доказано, что польза от данного метода лечения является наиболее эффективной в первые 3 часа заболевания и может дать хорошие результаты при ее начале до 4,5 часов [2,4]. В этой связи важна организация образовательных программ для населения, его информированность о первых симптомах инсульта, а также повышение неврологической грамотности врачей скорой медицинской помощи (СМП). С этой целью кафедрой Неврологии и нейрохирургии ИПО БГМУ проводится ежегодные циклы усовершенствования для врачей СМП, выпускаются информационные бюллетени и памятки для населения по проблеме инсульта.

Среди госпитализированных больных с ИИ преобладали женщины – 51,4%, а при ГИ мужчины – 54%, что вероятно связано с меньшей приверженностью мужчин к систематическому лечению артериальной гипертензии как основного фактора риска ГИ [3]. Работающий контингент составил 21%, что на 9% ниже по сравнению с 2011 годом, чему способствовал более широкий охват работающего контингента профилактическими осмотрами с выявлением групп риска и соответствующими лечебно-профилактическими мероприятиями

Данные распределения больных по возрасту с ТИА и ОНМК в 2012 г.представлены на рис.2

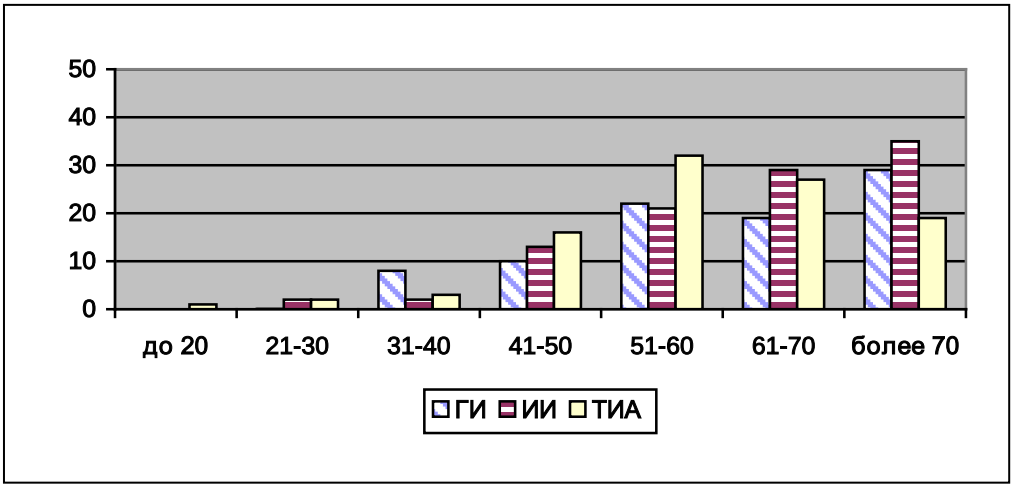

Рис. 2. Распределение больных с ТИА, ИИ и ГИ по возрасту

Из приведенных данных следует, что наибольшее количество ИИ и ГИ приходится на возраст более 70 лет (35% и 29% соответственно), в котором возрастает вероятность

сопутствующей соматической патологии. Случаи ТИА увеличиваются к 51-60 годам и снижаются после 70 лет (27% и 19% соответственно).

Результаты анализа 128 историй болезни нейрососудистого отделения Больницы скорой медицинской помощи г. Уфы показали, что случаи расхождения диагнозов больных доставленных СМП с клиническими диагнозами составили 22%.

Таким образом, рост распространенности инсульта и его возрастающая роль в причинах летальности и инвалидности требует междисциплинарного и многопрофильного подхода к проблеме острой церебральной сосудистой патологии. Показатели сроков ранней экстренной доставки больных инсультом в стационар в г. Уфе могут и должны превышать показатели в поздние сроки. В этой связи и в дальнейшем необходимо проводить анализ работы бригад СМП и специализированных сосудистых отделений с целью расширения возможностей адекватной и эффективной помощи больным с инсультом.

ЛИТЕРАТУРА

1. З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин, Н. В. Верещагин. / Сосудистые заболевания головного мозга: эпидемиология, основы профилактики : монография. / М. : МЕДпресс-информ, 2006.
2. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В., Киликовский В.В., Айриян Н.Ю., Эпидемиология инсульта в России // Consilium medicum. Неврология. – 2003. – С.5-7.
3. Рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками. Европейская организация по борьбе с инсультом.- «Бионика», 2008. – С.8-66.
4. Скворцова В.И., Чазова И.Е., Стаховская Л.В., Вторичная профилактика инсульта. – М., 2001
5. Скворцова В.И., Гудкова В.В., Иванова Г.Е. и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом // Ж. неврол. психиатр. – 2002. - №7. – С.28-33.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ
Новикова Лилия Бареевна, профессор, д.м.н., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ИПО БГМУ
Акопян Анаит Погосовна, к.м.н., ассистент кафедрой неврологии и нейрохирургии ИПО БГМУ
Колчина Эмма Михайловна, к.м.н., зав. нейрососудистым отделением БСМП
Карамова Ирина Марсиловна, профессор, д.м.н., Главный врач БСМП

УДК 616.8-004

© Л.Б. Новикова, Р.Г. Гуфранова , И.М. Карамова, Н.А. Нагаева, 2014

Л.Б. НОВИКОВА, Р.Г. ГУФРАНОВА , И.М. КАРАМОВА, Н.А. НАГАЕВА
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕМИТИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА КОМБИНИРОВАННЫМ МЕТОДОМ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. *Рассеянный склероз (РС) - хроническое прогрессирующее демиелинизирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), с дебютом в трудоспособном молодом возрасте, имеет прогрессирующее течение с высокой степенью инвалидизации больных. Лечение основывается на патогенезе заболевания, а его задачей является замедление и изменение течения РС, нейропротекция. В Неврологическом отделении БСМП разработан комбинированный способ лечения ремиттирующей формы РС с применением патогенетически ориентированных препаратов. Его внедрение в клиническую практику позволило добиться устойчивой ремиссии у 81,8% больных РС.*

Ключевые слова: *рассеянный склероз, патогенетическое лечение, способ лечения, ремиссия.*

L.B. NOVIKOVA, R.G. GUFRANOVA, I.M. KARAMOVA, N.A. NAGAEVA
LONG-TERM RESULTS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH REMITTING MULTIPLE SCLEROSIS WITH COMBINED METHOD

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *Multiple Sclerosis (MS) - a chronic, progressive demyelinating disease of the central nervous system (CNS) , with the debut of working young age , has a progressive course with a high degree of disability of patients . Treatment is based on the pathogenesis of the disease , and its object is slowing down and changing the course of MS, neuroprotection . To the neurological department emergency hospital developed a combined method of treatment of relapsing forms of MS using pathogenesis -oriented drugs. Its introduction into clinical practice led to sustained remission in 81.8 % of MS patients .*

Keywords*: multiple sclerosis, pathogenetic treatment , method of treatment , remission.*

Рассеянный склероз (РС) - хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы (ЦНС), при котором поражаются миелиновые оболочки проводников ЦНС, имеет прогрессирующее течение, поражает в основном лиц молодого, трудоспособного возраста и почти с неизбежностью приводит к инвалидизации. В структуре заболеваний ЦНС

рассеянный склероз занимает четвертое место после острых нарушений мозгового кровообращения, эпилепсии и паркинсонизма, а в молодом возрасте – второе после эпилепсии. В последние годы отмечается рост показателей заболеваемости РС, что связано не только с улучшением диагностики заболевания, но и с абсолютным числом заболевших. Значительные расходы, требующиеся на диагностику, лечение, реабилитацию и социальную помощь больным с РС ставят эту проблему в ряд социально и экономически значимых. Лечение РС представляет трудную задачу, но в настоящее время имеются препараты, способные изменить течение болезни, замедлить ее развитие и тем самым улучшить качество жизни больных.

Цель исследования. Улучшение качества жизни больных с ремитирующим течением РС путем использования патогенетически ориентированного комбинированного метода лечения, включающего циклоспорин А, церулоплазмин и церебролизат.

Материалы и методы. Разработка метода лечения больных РС основывалась на базовых принципах лечения РС, включающих профилактику обострений заболевания, замедление инвалидизации больных, лечение экзацербаций, нейропрпотекцию. Комбинированный способ лечения ремитирующей формы РС включал применение патогенетически ориентированных фармакопейных препаратов: селективного иммуносупрессора - циклоспоринаА, действие которого связано с подавлением клеточно опосредованных иммунных реакций, мишенями для которого являются Т – лимфоциты, корректора системного метаболизма - церулоплазмина, повышающего стабильность клеточных мембран, участвующего в иммунологических реакциях, ионном обмене, оказывающего антиоксидантное действие с торможением перекисного окисления липидов и корректора церебрального метаболизма - церебролизата, которые в совокупности дифференцированно приостанавливают отдельные патогенетические звенья аутоиммунного процесса болезни. Из базовой схемы лечения РС исключались стероиды и назначались циклоспорин А (сандиммун) по 25 мг внутрь 2 раза в день в течение месяца, церулоплазмин по 100 мг внутривенно капельно 10 дней и церебролизат по 10 мл внутримышечно 20 дней. Курс лечения повторялся через 6 месяцев в течение трех лет. Под наблюдением находились 32 больных с ремиттирующим течением РС в возрасте от 19 до 48 лет в течение пяти лет.

Результаты исследования. Оценка эффективности терапии проводилась с использованием шкал Kurtzke и инвалидизации EDSS, учитывались иммунный статус, МРТ – картина в динамике, длительность ремиссии. Использованная схема лечения оказалась наиболее эффективной у больных с первой и второй стадиями заболевания. При этом у больных с исходным уровнем инвалидизации 2 –3 балла по шкале EDSS степень

инвалидизации в результате лечения понизилась на 0,5 – 1,0 балл, регрессировала пирамидная и мозжечковая симптоматика, длительность ремиссии увеличилась до 2 лет. Анализ качества жизни проводили с использованием короткой версии опросника здоровья (SF – 36). Проводимая терапия, включающая сандиммун, церулоплазмин и церебролизат, благоприятно влияла на эти показатели: в большей степени это касалось физического функционирования, физическо – ролевого функционирования, общего здоровья, жизненной силы, эмоционально – ролевого функционирования. На МРТ уменьшились количество и размер очагов демиелинизации, особенно в паравентрикулярных отделах. Традиционная терапия в этом отношении альтернативному методу уступала – отмечалось улучшение показателей только физического и физическо – ролевого функционирования, общего здоровья и жизненной силы.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ, включающий средства патогенетически ориентированной терапии, может быть рекомендован для лечения ремитирующего течения РС. Разработанная в нашей клинике комбинированная терапия, обеспечивает достижение устойчивой (до 12 месяцев) ремиссии РС у 81,8 % больных, снижает степень инвалидизации по шкале EDSS на 0,5 – 1,0 баллов, повышает эффективность терапии, а, следовательно, качество жизни больных РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wang HY, Matsui M, Saida T. / Immunological disturbances in the central nervous system linked to MRI findings in multiple sclerosis. // J Neuroimmunol. – 2002. – Vol. 125. - № 1-2. – P. 149-154.
2. Wilson M, Morgan PS, Lin X, Turner BP, Blumhardt LD / Qunitative diffusion weighted magnetic resonance imaging, cerebral atrophy, and disability in multiple sclerosis. // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2001. - Vol. 70. - №3. - P. 318-22.
3. Гусев Е.И., Бойко А.Н. Демиелинизирующие заболевания центральной нервной системы // Consilium medicum. — 2002. —;№2.
4. Завалишин И.А., Захарова М.Н. Современные аспекты этиологии и патогенеза рассеянного склероза // I Национальная конференция с международным участием «Нейроинфекции». —2007. — С. 41-44.
5. Патент РФ на изобретение № 2278687 от 27.06.2006 г.

Сведения об авторах статьи
Новикова Лилия Бареевна, профессор, д.м.н., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ИПО БГМУ
Гуфранова Резеда Гаязовна, к.м.н., зав. неврологического отделения БСМП,
Карамова Ирина Марсиловна, профессор, д.м.н., главный врач БСМП,
Нагаева Нафиса Амировна, врач БСМП

УДК 616:612.017.1

© А.В. Салихова, Л.М. Фархутдинова, 2014

А.В. САЛИХОВА, Л.М. ФАРХУТДИНОВА, 2014

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ТИРЕОИД-АССОЦИИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *В статье представлены иммунологические механизмы развития аутоиммунных заболеваний щитовидной железы. Рассмотрены данные формирования тиреоид-ассоциированной аутоиммунной патологии.*

Ключевые слова: *диффузный токсический зоб, аутоиммунный тиреоидит, антитела.*

A.V. SALIKHOVA, L.M. FARKHUTDINOVA

IMMUNOLOGICAL MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF AUTOIMMUNE DISEASES OF A THYROID GLAND AND THE THYROID-ASSOCIATED PATHOLOGY

Bashkir State Medical University, Ufa.

Abstract*. Immunological mechanisms of development of autoimmune diseases of a thyroid gland are presented in article. These formations of the tireoid-associated autoimmune pathology are considered.*

Keywords: *diffuse toxic goiter, autoimmune thyroiditis, antibodies.*

Аутоиммунные тиреопатии представляют собой актуальную медико-социальную проблему. Наиболее распространенные формы этой патологии – диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса) и аутоиммунный тиреоидит (зоб Хасимото).

По современным представлениям диффузный токсический зоб – системное аутоиммунное заболевание, обусловленное нарушением функционирования иммунной системы в результате воздействия внешней среды (уровень потребления йода, курение, стресс, вирусная или бактериальная инфекции и др.) и наследственной предрасположенности [9,12].

В 1974 году канадский ученый R. Volpe впервые обосновал теорию аутоиммунного генеза заболевания, согласно которой при диффузном токсическом зобе нарушается контроль над количеством и активностью аутореактивных клеток из-за дефекта органоспецифических Т-супрессоров, осуществляющих иммунологический контроль над «запрещенным» клоном Т-лимфоцитов (хелперов), которые образуются в результате мутаций. Т-лимфоциты стимулируют В-лимфоциты к продукции тиреоидных антител, таких как антитела к рецептору титеротропного гормона, антитела к тиреоглобулину, пероксидазе, ядерной субстанции и т.д. [1,7,10]. В крови снижается содержания цитотоксических Т-лимфоцитов ($CD8^+$), естественных киллеров – ЕКК ($CD16^+$, $CD56^+$) и повышается уровень спонтанной пролиферации лимфоцитов щитовидной железы, которые принадлежат к популяции хелперов ($CD4^+$). При диффузном токсическом зобе преобладает реакция Т-хелперов 2-го типа (Th2), которые стимулируют продукцию антител В-лимфоцитами и лишены прямого цитотоксического действия [4,13,14]. В то же время в работах Т.В. Саприной показано, что в иммунопатогенезе диффузного токсического зоба участвуют как Th1 (интерлейкин -2), так и Th2 (интерлейкин -4) лимфоциты. По мнению автора, различия в клиническом течении заболевания обусловлены взаимоотношением Th1/Th2 – иммунного ответа [11].

Увеличение объема щитовидной железы связывают не только с усиленной пролиферацией тиреоцитов под действием антител, но также с замедлением апоптоза (запрограммированной гибели клеток), обусловленным нарушением иммунологического контроля над этим процессом [8]. Избыток тиреоидных гормонов, в свою очередь, стимулируя активность иммунной системы, поддерживает аутоиммунный процесс в щитовидной железе, формируя так называемый порочный круг.

Аутоиммунный тиреоидит описан в 1912 г. Х. Хасимото. Это заболевание также характеризуется лимфоидной инфильтрацией щитовидной железы под действием факторов окружающей среды (длительный прием избыточного количества йода, воздействие ионизирующей радиации, инфекции) на фоне генетической предрасположенности [2].

При аутоиммунном тиреоидите происходит выработка антител к тироидной пероксидазе и к тиреглобулину, титр которых, как правило, более чем в три раза превышает референтный интервал и значительно выше, чем при диффузном токсическом зобе. При этом основное значение принадлежит антителам к тиреоидной пероксидазе, которые выявляются в 92–98 % случаев. Образующиеся антитела оказывают цитотоксическое действие на гормонально активные клетки щитовидной железы, вызывая их деструкцию с последующим

замещением нормальной структуры железы соединительной тканью и снижением функции [5].

Наиболее распространенная тиреоид-ассоциированная аутоиммунная патология – эндокринная офтальмопатия (офтальмопатия Грейвса). Это специфическое аутоиммунное поражение органа зрения, характеризующееся лимфоцитарной инфильтрацией, отеком, а в дальнейшем фиброзными изменениями ретробульбарной клетчатки и глазодвигательных мышц.

У 95 % больных эндокринная офтальмопатия сочетается с диффузным токсическим зобом, являясь компонентом этого системного аутоиммунного заболевания (его «визитной карточкой»), и в ряде случаев может манифестировать раньше тиреотоксикоза. Примерно у 5 % пациентов эндокринная офтальмопатия сопутствует аутоиммунному тиреоидиту, и у 5 % является изолированным заболеванием [6].

При эндокринной офтальмопатии происходит продукция органоспецифических антител к плазматическим мембранным антигенам глазодвигательных мышц, в том числе антител, стимулирующих рост миобластов глазодвигательных мышц, а также антител к фибробластам соединительной ткани орбиты. Это приводит к стимуляции и пролиферации фибробластов и адипоцитов, накоплению избытка хондроэтин-сульфата и гиалуроновой кислоты, обладающих гидрофильными свойствами, что способствует развитию отека.

Частое сочетание эндокринной офтальмопатии с диффузным токсическим зобом обусловлено сходным антигенным этиотопом клеток орбитальной клетчатки и фолликулярных клеток щитовидной железы и повышенной продукцией антител к рецепторам тиреотропного гормона при обоих заболеваниях. Рецепторы к тиреотропному гормону выявлены в жировой и соединительной ткани орбиты и являются мишенью для аутоиммунной агрессии. В 2002 году R.S. Bahn показал, что при эндокринной офтальмопатии повышенное содержание интерлейкина-6 стимулирует экспрессию рецепторов тиреотропного гормона на фибробластах орбиты, и рецепторы приобретают роль аутоантигена. Антитела к рецепторам тиреотропного гормона считаются важным патогенетическим фактором эндокринной офтальмопатии [3].

Формирование эндокринной офтальмопатии провоцируется как гиперфункцией щитовидной железы, так и гипофункцией, что обусловлено активацией аутоиммунных нарушений, поэтому коррекция функции щитовидной железы позволяет уменьшить выраженность аутоиммунной агрессии и клинические симптомы эндокринной офтальмопатии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Н.А., Фадеев В.В. и др. Консервативное лечение болезни Грейвса: принципы, маркеры рецидива и ремиссии // Проблема эндокринологии. 2005. V. 51. № 6. С. 44-49.
2. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тироидология: Учеб. Пособие - М.: ОАО Издательство «медицина», 2007. – 816 с.
3. Благосклонная Я.В., Шляхто Е.В., Бабенко А.Ю. Эндокринология – СПб.: СпецЛит, 2007 С 400.
4. Виноградова Ю.Е., Шинкаркина А.П., Поверенный А.П. Аутоиммунный тиреоидит при заболеваниях крови // Тер. Архив. 2003. № 12. С. 83-92.
5. Гарднер Д., Шобек Д. Базисная и клиническая эндокринология. Книга 1. / Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОРМ, 2010. – 464 с.
6. Закутняя В.Н., Аметов А.С. Эндокринная офтальмопатия: определение, этиология, эпидемиология и факторы риска развития. В кн. Избранные лекции по эндокринологии. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. С. 349 – 384.
7. Калинин А.П. Современные аспекты тиреотоксикоза (лекция) // Проблемы эндокринологии. 2003. Т.46. №4. С.23-26.
8. Кандрор В.И., Бабкина И.В. Повышение FAS-лигандов в сыворотке как возможный механизм их антитиреоидной цитотоксичности при аутоиммунных заболеваниях щитовидной железы // Экспер. Биол. 2004. №7. С. 45-47.
9. Петунина Н.А., Трухина Л.В. Болезни щитовидной железы. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011. – 216 с.
10. Ройтт А., Бростофф Дж., Мейл Д. Иммунология: пер. с англ. // М.: Логосфера, 2007. С. 568.
11. Саприна Т.В, Прохоренко Т.С., Резцова В.М., Зима А.П., Мартынова С.Ю., Рязанцева Н.В., Новицкий В.В. Особенности продукции и рецепции цитокинов Th1/ Th2 профиля при болезни Грейвса // Клиническая и эксперементальная тиреоидология. 2012. №2. С 43.
12. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита: эпидемиология, диагностика, лечение. – М.: Издательский дом Видар - М, 2007. – 240 с.
13. Vanderheyden M., Kersschot E., Paulus W. Pro-inflammatory cytokines and endothelium-dependent vasodilatation in the forearm // Eur Heart J 1998; 19: 747-52.
14. Volpe R. Autoimmunne diseases of endocrine system. CRC, Boca Raton, 1990, pp. 1 – 364 с

Сведения об авторах статьи
Салихова Альфия Валерьевна, врач-эндокринолог, аспирант кафедры терапии и общей врачебной практики ИПО БГМУ; Место работы: ООО Клинико-диагностическая лаборатория «Лорак», 450006, г. Уфа, ул. Ленина 104/1, тел. 8(347)2755515 (раб). Электронный адрес: avsalihova@mail.ru
Фархутдинова Лейла Муратовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры терапии и общей врачебной практики ИПО БГМУ, Электронный адрес: farkhutdinova@gmail.com

УДК 616-056.257-092

© А.Ф. Салихова, Л.М. Фархутдинова, 2014

А.Ф. САЛИХОВА, Л.М. ФАРХУТДИНОВА

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ОЖИРЕНИИ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

Резюме. *Статья посвящена проблеме ожирения – глобальной эпидемии XXI века. В статье представлены результаты изучения иммунного статуса больных ожирением: фагоцитарной активности клеток, уровня цитокинов, основных классов иммуноглобулинов в сыворотке крови и их взаимосвязь с нарушением липидного обмена.*

Ключевые слова: *ожирение, фагоцитоз, иммуноглобулины, инсулинорезистентность, атерогенез*

A.F. SALIKHOVA, L.M. FARKHUTDINOVA

FEATURES OF IMMUNOLOGICAL ADAPTATION AT OBESITY

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *The article deals with the obesity problem - the global epidemic of 21 century. The article deals with the results of studying the immune status of patients with obesity: phagocytic activity of leucocytes level cytokines, the main classes of immunoglobulins in serum of blood and their interrelation with violation of a fatty exchanges.*

Keywords: *obesity, phagocytosis, immunoglobulins, insulin resistance, atherogenesis.*

Введение

Ожирение, в связи с широким распространением, признано глобальной эпидемией XXI века. В России, на сегодняшний день, страдает ожирением 25 % населения и 30 % – имеют избыточную массу тела [2, 4].

Ожирение – одна из главных причин, приводящих к пандемическому распространению сахарного диабета 2-го типа, атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время установлена значимость иммунной системы в развитии ожирения, обнаружен повышенный синтез жировыми клетками цитокинов, которые инициируют и поддерживают системный воспалительный процесс невысокой интенсивности. Некоторыми из адипоцитокинов играющих роль в формировании метаболических нарушений при ожирении считаются лептин, интерлейкин-6, фактор некроза опухоли-α [1, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Целью данного исследования было изучение иммунологических особенностей при ожирении.

Материалы и методы

В исследование включены 100 человек (36 (36 %) мужчин и 64 (64 %) женщины) в возрасте от 20 до 76 лет (50,66±12,1) с избыточной массой тела или ожирением 1–3 степени (классификация ВОЗ 1997 г.). Средний индекс массы тела (ИМТ) составил 35,79±5,33 кг/м^2.

Проведены общеклинические, антропометрические (масса тела и рост с расчетом индекса массы тела (ИМТ)) и лабораторные исследования. Содержание иммуноглобулинов основных классов (IgA, IgM, IgG) исследовали методом радиальной иммунодиффузии в геле по Манчини с использованием диагностических моноспецифических сухих сывороток против IgG(H+L), IgG(H), IgM(H), IgA(H) производства ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ (г. Москва). Уровень IgE анализировали иммуноферментным методом с помощью набора реагентов для иммуноферментного определения общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови человека ООО «Компания Алкор Био» (г. Санкт-Петербург).

Поглотительную активность нейтрофилов исследовали в реакции фагоцитоза частиц латекса с подсчетом фагоцитарного индекса (ФИ) и фагоцитарного числа (ФЧ) при помощи микроскопа Микмед-2 В-11 «Люмам».

Активацию кислородзависимого метаболизма фагоцитов крови в реакции восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) – самопроизвольной (спонтанный НСТ) и после активации латексом (индуцированный НСТ). Для проведения анализа использовали нитросиний тетразолий производства «Диа-М» (Германия), учет результатов производили при помощи микроскопа Микмед-2 В-11 «Люмам».

Уровень интерлейкина-6 (IL-6) и фактора некроза опухоли-α (TNF-α) в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом с применением моно- и поликлональных антител к IL-6 и TNF-α, используя набор реагентов «Интерлейкин-6–ИФА–БЕСТ», «альфа-ФНО–ИФА–БЕСТ» (г. Новосибирск). Содержание лептина в сыворотке крови измеряли иммуноферментным анализом с помощью моноклональных антител к лептину с применением набора реагентов «DRG Leptin ELISA (EIA-2395)» (Германия).

Общий холестерин, триглицериды, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) определяли в сыворотке крови энзиматическим колориметрическим методом с помощью наборов реагентов «Холестерин-12/22/32-Витал», «Триглицериды-02/12/22-Витал», «HDL-Холестерин-Витал» соответственно, производства «Витал Диагностикс СПб» (г. Санкт-Петербург). Концентрацию липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) вычисляли по

формуле: [ЛПНП]=[общий холестерин]-[ЛПВП]-[триглицериды/2,2] моль/л. Коэффициент атерогенности рассчитывали по формуле: КА=([общий холестерин]– [ЛПВП]) / [ЛПВП].

В контрольную группу включены 23 практически здоровых человека (16 женщин и 7 мужчин), средний возраст – (45±12,85) лет, средний ИМТ составил (23,16±2,28) кг/м^2.

Статистический анализ данных осуществляли при помощи пакета программ Statistica 6.0. Характер распределения всех изучаемых признаков оценивался с помощью критерия Колмогорова–Смирнова. При нормально распределенных показателях данные представлены в виде M±σ (M – среднее значение, σ – стандартное отклонение). Числовые данные показателей с негауссовским распределением представлены в виде медианы и процентилей Me (25; 75) (Me – медиана, 25-й и 75-й процентиль). Сравнение двух независимых групп по непрерывным признакам осуществлялось с помощью непарного t-теста Стьюдента, точного критерия Фишера и χ^2. Оценка взаимосвязи изучаемых признаков проводилась с использованием метода корреляции по Пирсону и непараметрической корреляции Спирмана (r – коэффициент корреляции). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05 [5].

Результаты и обсуждение

У больных ожирением содержание лептина (44,69±8,96) нг/мл в 10 раз превышает показатель у лиц с нормальной массой тела (4,72±1,33) нг/мл (p=0,00), при этом обнаружена положительная корреляция с высокой степенью значимости концентрации лептина с ИМТ (r=0,77; p=0,000).

У пациентов с ожирением общее количество лейкоцитов при ожирении в периферической крови оказалось статистически выше (7,14±1,83)*10^9/л, чем в контрольной группе (5,35±1,24)*10^9/л (p=0,0). Кроме того, обнаружена прямая связь общего содержания лейкоцитов с уровнем лептина (r=0,35; p=0,03) и ИМТ (r=0,26; p=0,04), что свидетельствует об активации лейкоцитарного звена с увеличением массы тела.

Исследование фагоцитарной активности лейкоцитов у пациентов с ожирением выявило увеличение показателя спонтанного теста с НСТ, характеризующего степень активации внутриклеточных кислородзависимых микробоцидных систем (таблица 1).

Обнаружена тенденция к увеличению значений стимулированного НСТ-теста, который характеризует активность фагоцитирующих клеток в присутствии антигенного раздражителя. Индекс активации (отношение показателей стимулированного и спонтанного теста), отражающий функциональный резерв кислородзависимого механизма бактерицидности фагоцитов, при ожирении оказался ниже, чем у здоровых лиц.

Таблица 1

Показатели фагоцитарной активности у больных ожирением и здоровых

Группы / Показатели	Больные ожирением (n=72)	Контрольная группа (n=23)	p
НСТ спонтанная (%)	17,0 (15,0; 19,0)*	14,0 (12,0; 15,0)	p=0
НСТ стимулированная (%)	31,63±4,62	33,52 ± 3,94	p=0,08
Индекс активации	1,95±0,48 *	2,35±0,52	p=0
Фагоцитарный индекс (%)	57,99±10,40	59,61±8,81	p=0,5
Фагоцитарное число	6,0 (5,0; 7,0)	6,0 (5,0; 7,0)	p=0,97

* – Различия с контрольной группой статистически значимы (p < 0,05)

При анализе показателей фагоцитоза в зависимости от степени ожирения обнаружена сильная положительная корреляция высокой степени значимости содержания лептина с фагоцитарным индексом (r=0,68; p=0,01) и фагоцитарным числом (r=0,57; p=0,04) у больных с ожирением 3-й степени, что указывает на повышение поглотительной способности лейкоцитов при крайней степени ожирения. Возможно, это отражает адаптацию к чрезмерному увеличению содержания липидов в организме.

Исследование цитокинового статуса, наряду с увеличением концентрации лептина обнаружило повышение уровня TNF-α и IL6. Согласно полученным данным, у 80,82 % больных ожирением концентрация TNF-α составила более 2 пг/мл, в то время как в контроле этот показатель не превышал 2 пг/мл (критерий Фишера p = 0,0).

Выявлена прямая связь концентрации TNF-α с уровнем IL6 (r = 0,42; p = 0), это подтверждает литературные сведения о способности TNF-α активизировать синтез IL6 [12].

В 65,27 % случаев у пациентов с ожирением уровень IL-6 превышал 3,5 пг/мл (критерий Фишера p=0,000), в то время как у здоровых значения IL6 оказались менее 3,5 пг/мл.

Для изучения роли иммунной системы в формировании атерогенных изменений липидного обмена проанализированы показатели липидного спектра в зависимости от концентрации IL6. Больные были разделены на 2 группы. Результаты исследования показали, что у больных с одинаковой степенью ожирения и уровнем лептинемии увеличение концентрации IL6 ассоциировалось с повышенным содержанием липопротеинов низкой плотности и пониженным уровнем липопротеинов высокой плотности, что свидетельствует о возможной роли этого цитокина в нарушении обмена липидов (таблица 2).

Таблица 2

Показатели липидного обмена в зависимости от уровня IL-6

Группы / Показатель	1-я группа (n=32)	2-я группа (n=18)	Контрольная группа (n=23)
ИМТ	35,415±2,427*	34,233±2,234*	23,158±2,280
Лептин (нг/мл)	44,417±6,121*	43,346±6,576*	4,724±1,331
IL6 (пг/мл)	6,10 (4,725;9,980)*	2,66 (2,11; 3,21) *	1,797±0,830
ЛПВП ммоль/л	1,179±0,335*	1,409±0,413	1,643±0,348
ЛПНП ммоль/л	3,497±0,715*	3,138±1,136	2,670±0,707

* – Различия с контрольной группой статистически значимы (p<0,05).

Анализ сопряженности показателей выявил в группе больных с более высоким содержанием IL6 отрицательную связь между лептином и ЛПВП (r=-0,819; p=0,046), а также прямую зависимость между лептином и коэффициентом атерогенности (r=0,868; p=0,025).

Исследование иммуноглобулинового профиля у пациентов с ожирением обнаружило более высокий уровень IgE в сыворотке крови (97,12±66,24) МЕ/мл по сравнению с контролем (60,47±19,04) МЕ/мл (p=0,01). Содержание IgG у больных ожирением (14,61±3,50) г/л также оказалось выше, чем в контрольной группе (12,57±2,07) г/л (p=0,009). Корреляционный анализ выявил прямую связь концентрации IgG с IL6 (r=0,303; p=0,0097).

Таким образом, выявленные изменения указывают на значимость активации лейкоцитарного звена иммунной системы в развитии и прогрессировании ожирения. При этом увеличение объема жировой ткани ассоциируется с увеличением поглотительной способности клеток и активности кислородзависимых процессов киллинга фагоцитов.

Ожирение характеризуется повышенной продукцией IL-6, ассоциированной с выраженными нарушениями обмена липидов, что указывает на значимость IL6 в развитии ожирения и, сопутствующей ему дислипидемии.

Активация образования IgE и IgG при увеличении массы тела свидетельствует о роли иммуноглобулинов класса E и G в механизмах формирования ожирения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гончаров Н.П. Роль адипокинов в развитии ожирения.//Вестник Российской АМН. 2009. №9, С. 43-48.

2. Дедов И., Мельниченко Г., Романцова Т., Бобров А., Вознесенская Т., Роик О., Гурова О., Полубояринова И., Волкова Г., Бухарова Г. Современные методы лечения ожирения.//Врач. 2008. № 8, С. 5–8.
3. Дедов И.И., Балаболкин М.И., Мамаева Г.Г., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Инсулиновая резистентность и роль гормонов жировой ткани в развитии сахарного диабета. Пособие для врачей. Москва. 2005. 88 с.
4. Остроухова Е., Красильникова Е. Ожирение.//Врач. 2009. №11, С.33 –36.
5. Румянцев П.О., Саенко В.А., Румянцева У.В. Статистические методы анализа в клинической практике. Часть I. Одномерный статистический анализ.//Проблемы эндокринологии. 2009.Т.55. № 5, С. 48–55.
6. Трошина И.А, Гагина Т.А., Петров И.М., Медведева И.В. Метаболический синдром, как проявление взаимосвязи нервной, эндокринной и иммунной систем.//Вестник Новосибирского государственного университета, серия: биология и клиническая медицина. 2006. Т. 4. № 3, С. 92 – 101.
7. Цибулькина В.Н., Цибулькин Н.А. Бронхиальная астма и ожирение: совпадение или закономерность?//Практическая медицина. Акушерство. Гинекология. Эндокринология. 2011. №6 (54), С. 36–41.
8. Шварц В. Жировая ткань как эндокринный орган.//Проблемы эндокринологии. 2009. Т. 55, № 1, С. 38–44.
9. Шварц В. Регуляция метаболических процессов интерлейкином-6.//Цитокины и воспаление. 2009. Т. 8. № 3, С. 3–10.
10. Balistreri C.R., Caruso C., Candore G. The role of adipose tissue and adipokines in obesity-related inflammatory diseases.// Mediators Inflamm. 2010. 2010:802078.
11. Greenberg A.S., Obin M.S. Obesity and the role of adipose tissue in inflammation and metabolism.// Am. J. Clin. Nutr. 2006. 83. P. 461S–465S.
12. Papanicolau D. A., Chrousos G. P. The pathophysiologic roles of interleukin-6 in human disease (An edited summary of a Clinical Staff Conference held on 13 March 1996 at the National Institutes of Health, Bethesda, MD). Ann Intern Med 1998; 128: 127—137.

Сведения об авторах статьи
Салихова Альфия Фаритовна, аспирант
Фархутдинова Лейла Муратовна, д.м.н., профессор кафедры терапии и общей врачебной практики, ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Институт последипломного образования

УДК 618.3

© А.У.Хамадьянова, О.О.Шуткова, В.Д. Маллабаева, А.И.Гареева, Л.А. Судницына, У.Р. Хамадьянов, 2014

А.У.ХАМАДЬЯНОВА, О.О.ШУТКОВА, В.Д. МАЛЛАБАЕВА, А.И.ГАРЕЕВА, Л.А. СУДНИЦЫНА, У.Р. ХАМАДЬЯНОВ

РОЛЬ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В БЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Башкирский государственный медицинский университет (Уфа, Россия)

Резюме. *В статье представлен сравнительный анализ методов коррекции истмико - цервикальной недостаточности (ИЦН), оценено их влияние на течение и исход беременности на основании клинико-лабораторных, инструментальных данных и гинекологического исследования. Отражена многофакторность этиологии ИЦН и факторы риска исследуемых групп.*

Ключевые слова*: истмико-цервикальная недостаточность, факторы риска ИЦН, хирургическая коррекция, пессарий.*

A.U.KHAMADYANOVA, O.O.SHUTKOVA, V.D. MALLABAEVA, A.I. GAREEVA, L.A.SUDNITSYNA, U.R. KHAMADYANOV

ROLE OF METHODS CORRECTION ISTHMIC-CERVICAL INSUFFICIENCY IN A FAVORABLE OUTCOME PREGNANCY AND DELIVERY

Bashkir State Medical University, Ufa

Актуальность. Значительное повышение уровня перинатальной смертности и заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде обусловлено проблемой невынашивания. Несмотря на многофакторность ее этиологии, одной из ведущих причин, вызывающих прерывание беременности во втором триместре, является истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН). По данным Сидельниковой В.М. (2006г.), частота невынашивания беременности при развитии ИЦН увеличивается в 16 раз. Частота данной патологии по данным статистики Перинатального центра г.Уфы (2008-2012 гг.) составляет во II триместре беременности 37,8%, в III – 28,9%. Сроки прерывания беременности с истмико-цервикальной недостаточностью, по данным литературы, варьируются от 10 до 28 недель, чаще всего в 16-20 недель [5]. В настоящее время разработаны различные методы модификации хирургического лечения ИЦН, но несмотря на существенный прогресс,

достигнутый за последние десятилетия в области акушерства и гинекологии, проблема невынашивания беременности по-прежнему остается актуальной.

Цель исследования. Изучение клинико-диагностических особенностей ИЦН и оценка эффективности хирургических методов ее коррекции.

Материалы и методы исследования. На базе Перинатального центра г. Уфы за 2012 год ретроспективно проведен анализ течения и исходов 96 случаев одноплодной беременности у беременных высокого риска невынашивания беременности вследствие ИЦН в сроках до 22 недель гестации.

При не эффективной консервативной терапии, необходима хирургическая коррекция ИЦН, которая наиболее эффективна на ранних сроках беременности, когда отсутствует значительное укорочение и раскрытие шейки матки, а также риск инфицирования плода.

В I группу вошли беременные, которым была выполнена хирургическая коррекция ИЦН (наложение кругового кисетного шва на шейку матки по MacDonald), что составило 79,2% (56); во II группу были включены пациентки, которым был введен акушерский разгружающий пессарий – 20,8%(20); в III (контрольную) группу вошли беременные, получавшие только консервативное лечение (коррекция гормонального фона, спазмолитическая терапия) - 20,8%(20). Всем пациенткам (96 человек) проводилась профилактическая сохраняющая терапия в угрожающие сроки (12, 18 и 22 недели) при наличии отягощенного акушерского анамнеза и непосредственно при появлении признаков угрозы прерывания беременности в стационарных и амбулаторных условиях. С этой целью назначали седативные препараты (валериана, пустырник), спазмолитические (но-шпа, папаверин, платифиллин), гемостатические (этамзилат натрия) средства, - миметики (гинипрал, партусистен), магнезиальную (сернокислая магнезия, магне - В6), витаминотерапию, физиолечение (электрофорез на низ живота с сернокислой магнезией)[4].

Среди причин преждевременного прерывания беременности, особенно по типу ИЦН, одно из лидирующих мест занимают инфекционные заболевания. Невынашивание может быть следствием воспалительных заболеваний органов дыхания, пищеварения, мочевыделительной системы, а также непосредственно инфекции генитального тракта. Изучение анамнеза показало высокую частоту экстрагенитальной патологии: в 59,4% (57) встречались заболевания желудочно-кишечного тракта, в 47,9% (46) - заболевания мочевыделительной системы, в 28,1% (27) - заболевания органов дыхания. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез исследуемого контингента отражен в таблице 1.

Таблица 1

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез исследуемых групп

Данные анамнеза	I группа		II группа		III группа	
	Абс.число	%	Абс.число	%	Абс.число	%
Преждевременные роды	24	25	10	10,41	14	14,58
Искусственные аборты	15	15,62	6	6,25	2	2,08
Самопроизвольные выкидыши	20	20,08	8	8,33	5	5,20
Травмы шейки матки	18	18,75	6	6,25	-	
Эрозия шейки матки	18	18,75	13	13,54	2	2,08
Беременность после ЭКО	20	20,08	5	5,20	-	

По результатам исследований мазков на степень чистоты было выявлено, что большинство пациенток имели дисбиоз микрофлоры влагалища различной степени выраженности. Дисбиоз I степени обнаружен у 44,6% (25) женщин I группы и 35% (7) женщин II основной группы, что значительно меньше по сравнению с контрольной группой – 75% (15). Дисбиоз II степени в I основной группе – у 19,6% (11) женщин, во II основной – у 30% (6) женщин, в контрольной группе – у 15% (3). Дисбиоз III степени в I основной группе встречался у 17,8%(10) беременных, во II основной - у 25%(5), в контрольной - у 5% (1). Дисбиоз IV степени – у 17,8% (10) женщин I основной группы, у 25% (5) - II основной, у 5% (1) женщин из контрольной группы. Таким образом, дисбиоз микрофлоры влагалища преобладал у исследуемых пациенток в I и II основных группах по сравнению с контрольной.

Динамика прогрессирования ИЦН оценивалась при осмотре шейки матки в зеркалах, бимануальном исследовании и трансвагинальной ультрасонографии. В качестве критического критерия анатомо-функциональной неполноценности шейки матки мы фиксировали ее длину в сроке гестации 13-14 недель менее 3,5 см, при многоплодной беременности – менее 3,7 см; снижение отношения длины шейки матки к ее диаметру на уровне внутреннего зева до 1,16 ± 0,04 см при норме 1,53±0,03 см, а так же воронкообразное расширение внутреннего зева и цервикального канала более 4 мм [5]. Далее мы использовали балльную оценку степени ИЦН у исследуемых групп по шкале Штембера: длина влагалищной части шейки, состояние цервикалыюго канала, расположение, консистенция шейки матки, расположение предлежащей части плода [3]

Таблица 2

Оценка клинических признаков ИЦН по Штемберу

Клинический признак	I группа в баллах	II группа в баллах	III группа в баллах
Длина влагалищной части шейки	2	1	1
Состояние канала шейки матки	2	1	0
Расположение шейки матки	1	1	0
Консистенция шейки матки	2	1	1
Расположение прилежащей части плода	1	0	0

Течение беременности после коррекции ИЦН осложнилось угрозой прерывания у 75% (72) обследуемых. Нарушение микрофлоры влагалища имело место у 21,8% (21) пациенток из которых у 25% (5) беременных с разгружающим пессарием и 12,5% (7) с хирургической коррекцией ИЦН. Признаки внутриутробного инфицирования, по данным ультразвукового исследования, наблюдались у 40% (8) во II группе, и 19,6% (11) в I группе. При проявлении данных осложнений проводилась соответствующая терапия. Срочные роды наступили у 93,75% (90) женщин, преждевременные роды – у 5,2% (5), самопроизвольный выкидыш – 1,05% (1). Родоразрешение через естественные родовые пути было проведено после применения разгружающего пессария у 60% (12) обследуемых, путем кесарева сечения – у 40% (8), после наложения швов на шейку матки - у 75 %(42) и 25%(14) соответственно.

Результаты и выводы. По результатам исследований, мы пришли к выводам, что способ коррекции ИЦН влияет на течение и исход беременности. Наиболее приемлемым методом коррекции ИЦН остается хирургическая коррекция по Мак-Дональду.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М., Акушерство. Национальное руководство: учебное пособие. Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007.
2. А.Ю. Журавлев, С.Н.Занько. Исходы беременности при консервативной и хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности. //Актуальные вопросы теоретической и практической медицины и фармации.: Тез. докл. 65 научной сессии ВГМУ–Витебск, 2010.– С.87.
3. Л.И. Кох. Диагностика и результаты лечения истмико-цервикальной недостаточности/ Л.И. Кох, И.В. Сатышева // Акушерство и гинекология №7-2/2011. – с.29-32.
4. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. – ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. – 448 с.

5. У.Р. Хамадьянов. Успешный опыт хирургической коррекции истмико- цервикальной недостаточности методом Мак- Дональда/ У.Р. Хамадьянов, Е.В. Потёмкина// III Общероссийский семинар «Репродуктивный потенциал России: здоровье женщины — здоровье нации. Казанские чтения», 2013//. – с.72

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ
Хамадьянова Аида Ульфатовна – доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ
Шуткова Ольга Олеговна – интерн кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ, ollady@bk.ru
Судницына Людмила Аркадьевна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ
Маллабаева Вероника Дамировна – интерн кафедры акушерства и гинекологии с курсом ИПО
Гареева Айгуль Ильдаровна – интерн кафедры акушерства и гинекологии №3
Хамадьянов Ульфат Рахимъянович – доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ

УДК 618.3

© А.У.Хамадьянова, О.О. Шуткова, Л. А.Судницына, А.И. Галимов, У.Р. Хамадьянов, 2014

А.У.ХАМАДЬЯНОВА, О.О. ШУТКОВА, Л. А.СУДНИЦЫНА, А.И. ГАЛИМОВ, У.Р. ХАМАДЬЯНОВ

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОСПЕКТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Резюме. *В статье отражена информативность различных методов обследования, доступных в клинической практике, в диагностике внутриутробного инфицирования (ВУИ) плода. Особый интерес в ретроспективной диагностике представляет патоморфологическое исследование последа.*

Ключевые слова: *внутриутробное инфицирование плода, ретроспективная диагностика, ультразвуковое обследование, кардиотокография, допплерометрия, патоморфология последа.*

A.U.KHAMADYANOVA, O.O.SHUTKOVA, L.A.SUDNITSYNA, A.I.GALIMOV, U.R.KHAMADYANOV

THE POSSIBILITY OF RETROSPECTIVE DIAGNOSIS OF INTRANATALINFECTION OF THE FETUS

Bashkir State Medical University, Ufa

Актуальность. Внутриутробная инфекция (ВУИ) является одной из важнейших медико-социальных проблем современного акушерства и перинатологии. Частота внутриутробной инфекции новорожденных составляет от 2 до 12% и не имеет тенденции к снижению. В структуре причин перинатальной смертности доля внутриутробной инфекции составляет более 30% [2]. Информативными клиническими симптомами ВУИ являются многоводие, стойкая тахикардия у плода, гипотрофия плода. Реже встречается маловодие [3,4,5]. На современном этапе важное значение имеет разработка достоверных методов диагностики ВУИ плода и новорожденного. Из неинвазивных методов пренатальной диагностики ВУИ наиболее информативными являются эхография, допплерография, кардиография, УЗИ [3].

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность ретроспективных методов диагностики в прогнозировании внутриутробного инфицирования плода у беременных высокого инфекционного риска.

Материалы и методы. Ретроспективным путем нами был проведен анализ 60 историй родов на базе Перинатального центра г. Уфы за 2012 год у беременных высокого инфекционного риска в возрасте 20-35 лет, в сроки гестации 37- 42 недели. Обследованные были разделены на 2 группы: I – с реализацией внутриутробной инфекции, что составило 53,3% (32), II – без реализации внутриутробной инфекции 46,6% (28). Нами была разработана специальная карта, в которую вносились общие сведения о беременной, данные акушерско-гинекологического и соматического анамнеза, особенности течения данной беременности, родов, результаты проведенных лечебно-диагностических мероприятий, особенности послеродового периода, данные гистологического исследования плаценты и состояние новорожденного.

Результаты и обсуждение. Все беременные были сопоставимы по исходной клинической характеристике. Средний возраст пациенток в I основной - 25,6±0,5 лет, во II основной группе составил – 24,7±0,5 лет, в III контрольной – 24,8±0,5 лет. Средний возраст менархе у женщин I группы – 13,5±0,2 лет, II группы составил 13,8±0,1, контрольной – 13,4±0,1. Одним из ведущих факторов развития внутриутробного инфицирования плода было наличие генитальных и экстрагенитальных очагов острого или хронического инфекционного процесса у беременных. Экстрагенитальная патология встречалась в 48,3% (29) случаях в I группе и в 35% (21) - во II.

Таблица 1

Группа высокого риска по ВУИ плода

	I группа (N=32)	II группа (N=28)
Экстрагенитальная патология		
хронические заболевания ЖКТ	10% (6)	6,6% (4)
заболевания мочеполовой системы	21,6% (13)	16,6% (10)
заболевания дыхательной системы	10% (6)	3,3% (2)
заболевания сердечно-сосудистой системы	20% (12)	20% (12)
Сопутствующие гинекологические заболевания		
Хронический сальпингоофорит	3,3% (2)	3,3% (2)
Хронический эндометрит	3,3% (2)	1,6% (1)
Миома матки	3,3% (2)	8,3% (5)
Эрозия шейки матки	20% (12)	30% (18)
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез		
Медицинский аборт	11,6% (7)	10% (6)

Типичным проявлением внутриутробной инфекции является невынашивание беременности. В I триместре у пациенток I группы беременность на фоне угрозы протекала в 18,3%(11) случаев, во II - в 5%(3) , в III – в 13,3%(8); у беременных II группы в 5%(3),

3,3%(2) и в 10%(6) соответственно. Поздние преждевременные роды были выявлены только в одном случае.

Изменения состояния плода и функционирования фетоплацентарной системы, вызванных внутриутробным инфицированием плода, отражается на свойствах амниотической жидкости [1]. Многоводие было выявлено в 6,6% (4) случаев в I группе и в 10% (6) во II. Маловодие встречалось в 3,3% (2) случаев I группы и 5% (3) случаев 2-й группы, причем во II триместре 1,6% (1) случаев во 2-й группе, в III – 3,3% (2) случаев 1-й группы и 3,3% (2) случаев 2-й группы. Патология излития околоплодных вод встречалась в 10% (6) случаев у пациенток обеих групп, причем воды оказались мутными у 3 (5%) пациенток I группы и у 2 (3,3%) во II.

Гистологическое исследование плаценты, пуповины и плодных оболочек является «золотым стандартом» в ретроспективной диагностике внутриутробной инфекции [1,3]. В нашем исследовании признаки инфекционного процесса были также подтверждены результатами гистоморфологического исследования тканей последа. Так, преждевременное созревание плаценты было выявлено в 6,6% (4) случаев в I группе и в 1,6% (1) случае во II. Плацентит был обнаружен только в I группе в 35,9% (12). Децидуит встречался у 53,3% (32) женщин I группы и 30% (18) – II; васкулит - у 36,6% (22) I группы и 13,3% (8) – II. Кальцинаты были выявлены в 36,6% (22) случаях в I группе и в 31,6% (19) – во II. Отложение фибриноида имело место в 48,3% (29) и 36,6% (22) соответственно в I и II группах. Сосудистые нарушения в виде инфарктов встречались в 18,3% (11) случаев в I группе и в 8,3% (5) - во II, в виде очагового коллапса в 13,3% (8) и 16,6% (10) соответственно. Воспалительные и сосудистые изменения в плаценте позволяют обосновать восходящее инфицирование плодных оболочек у пациенток I группы. Развитие ВУИ плода возможно и гематогенным путем, что показало в нашем исследовании картину интервиллузита у 26,6% (16) женщин I группы и у 13,3% (8) - II, флебита пупочной вены у 5% (3) и 1,6%(1) соответственно и эндартериита пупочной вены у 3,3%(2) пациенток I группы. Воспалительные изменения последов у данных родильниц свидетельствуют о длительном персистировании в течение беременности инфекционного агента в организме женщины и реализации этой инфекции в послеродовом периоде.

По данным допплерометрии, у пациенток 1-й группы было установлено нарушение маточно-плацентарного кровотока у 34,3%(11), плодово-плацентарного у 56,2%(18) и маточно-плацентарно-плодового кровотока у 9,3%(3). У пациенток 2-й группы было установлено нарушение маточно-плацентарного кровотока у 28,5%(8), плодово-плацентарного у 42,8%(12) и маточно-плацентарно-плодового кровотока у 7,1%(2). Причем в

большей степени страдал плодово-плацентарный кровоток, согласно данным литературы, при внутриутробном инфицировании плода чаще выявляются нарушения плодово-плацентарного кровотока [2,4].

По данным кардиотокографии, выявлялось снижение адаптационных способностей плода у пациенток 1-й группы - 93,6%, за счет: изменения базального ритма в виде брадикардии от 120 до 100 ударов в минуту - 28,1%, или менее 100 - 9,3%, тахикардии до 160–180 - 39,2%, или более 180 – 3,9%, уменьшения акцелераций 41,2%, или отсутствия акцелераций - 56,2%, наличия поздних длительных децелераций - 43,7%, или поздних кратковременных децелераций - 28,5%. У пациенток 2-й группы - 62,5%, за счет: изменения базального ритма в виде брадикардии от 120 до 100 ударов в минуту - 21,8%, или менее 100 - 6,2%, тахикардии до 160–180 - 34,3%, или более 180 – 3,9%; уменьшения акцелераций - 34,3%, или отсутствия акцелераций - 46,8%; наличия поздних длительных децелераций - 34,3%, или поздних кратковременных децелераций - 21,8%.

При оценке по шкале Апгар новорожденные 1-й группы -1,6% при рождении имели оценку 8/9баллов и более, а 28,3% - не ниже 7 баллов, ниже 7 баллов - 11,6%. Новорожденные 2-й группы - 6,6% при рождении имели оценку 8/9 баллов, 33,3% - не ниже 7 баллов, ниже 7 баллов – 3,3%.

При оценке состояния новорожденных только в I группе были выявлены такие осложнения, как врожденная пневмония в 53,3%(32), врожденный ринит 5%(3). Гипоксическое поражение ЦНС встречалось в 53,5%(32) случаев в I группе и в 16,6%(10) - во II; повышенная эхогенность перивентрикулярной ткани была у 16,6% (10)новорожденных I группы и у 1,6% (1) - II. В ходе проведенного ретроспективного анализа новорожденных от матерей высокого инфекционного риска было установлено, что у 36,6% (22) новорожденных не было начальных признаков реализации ВУИ.

Выводы. Таким образом, пренатальная диагностика ВУИ крайне сложна. Сбор анамнеза позволяет оценить инфицированность женщины, но не дает возможности прогнозировать реализацию ВУИ плода. Патоморфологическое исследование последа также не всегда информативно в диагностике ВУИ. Все методы функциональной диагностики позволяют установить ухудшение состояния плода и фетоплацентарного комплекса, не выявляя их причину. При инфицировании плода наиболее информативны нарушения, выявляемые при КТГ. Однако даже благополучные результаты УЗИ, КТГ, допплерометрии, а также светлые околоплодные воды и оценка по шкале Апгар при рождении 7 и более баллов непозволяют исключить риск ВУИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кравченко, Е.И. Патогенетические моменты очень ранних преждевременных родов при восходящем инфицировании последа/ Е.И. Кравченко, С.С. Синицина, А.Е. Любавина// Мать и дитя в Кузбассе. Научно-практический журнал.-2011.- Спецвыпуск №1.-с.50-54.
2. О.Н. Новикова. Инфицированное плодное яйцо: исходы для матери и плода / О.Н. Новикова, Г.А. Ушицкая, И.С. Гребнева, С.В. Фанасков // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2010. – Т. 9, № 5. – С. 47–54.
3. И.С.Сидорова, И.О.Макаров, С.М.Воеводин. Диагностика и лечение внутриутробной инфекции в различные периоды беременности. Акушерство и гинекология. 2004г.№2. С.40-45
4. Тютюнник В.Л. Влияние инфекции на течение беременности, плода и новорожденного/ Вестник Рос.ассоциации акуш.-гин.- 2001.- N 1. - С.20-23.
5. Федорова М.В., Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Тареева Т.Г. Внутриутробные инфекции / Вестник Рос.ассоциации акуш.-гин.- 1997.- N 2. - С.89-99.
6. Хамадьянов У.Р. Диагностика внутриутробной инфекции на современном этапе./ Хамадьянов У.Р., Русакова Л.А., Галимов А.И., Хамадьянова А.У., Хамадьянова С.У., Утяшева Р.А. // VI Региональный научный форум «Мать и дитя». Ростов-на-Дону, 2012.- С.31-32

Сведения об авторах статьи
Хамадьянова Аида Ульфатовна – доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ
Шуткова Ольга Олеговна – интерн кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ, ollady@bk.ru
Судницына Людмила Аркадьевна – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ
Галимов Артур Ильдарович - к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ
Хамадьянов Ульфат Рахимъянович – доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ

УДК 616.37-002

© А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, А.Ф. Бадретдинов, Р.Э. Шамсиев, С.Х. Бакиров, Р.Ш. Сакаев, 2014

А.Г. ХАСАНОВ, И.Ф. СУФИЯРОВ, А.Ф. БАДРЕТДИНОВ, Р.Э. ШАМСИЕВ, С.Х. БАКИРОВ, Р.Ш. САКАЕВ

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОГРАММИРУЕМАЯ САНАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Башкирский государственный медицинский университет,
МБУЗ ГКБ №8, г. Уфа

Резюме. Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 563 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1- и 2-м хирургических отделениях МБУЗ городской клинической больницы № 8 г. Уфы с 2010 по 2012 гг. Проведен анализ историй болезни 53 больных оперированных в специализированных отделениях. Проведенный анализ показал, что на фоне традиционного лечения лазеротерапия уменьшала болевой синдром, что снижало потребность в анальгетиках. Восстановление нормальной моторики ЖКТ наступило на 2-3 суток раньше. Снижалась интоксикация, что подтверждалось динамикой лабораторных показателей уровня лейкоцитарного индекса интоксикации. В послеоперационном периоде у больных, которым проводилась программированная санация, не было таких осложнений, как абсцесс сальниковой сумки, флегмоны забрюшинной клетчатки, кишечных свищей и аррозивных кровотечений.

Ключевые слова: острый панкреатит, лапароскопия, повторные операции

LAPAROSCOPIC PROGRAMMABLE REORGANIZATION IN ACUTE PANCREATITIS

A.G. HASANOV, I.F. SUFIYAROV, A.F. BADRETDINOV, R.E. SHAMSIEV, S.H. BAKIROV, R.SH. SAKAYEV

Abstract. *Material of this study were the results of examination and treatment of 563 patients with acute pancreatitis who were treated at the 1 - and 2- m surgical wards MBUZ City Clinical Hospital № 8 Ufa from 2010 to 2012. The analysis of case histories of 53 patients operated on in the specialized departments. The analysis showed that in the context of traditional laser treatment reduced the pain, reducing the need for analgesics Restoration of normal GI motility occurred 2-3 days earlier . Reduced toxicity, which was confirmed by the dynamics of laboratory indicators of leukocyte index of intoxication. In the postoperative period in patients who underwent*

programmed reorganization had no such complications as omental abscess , cellulitis retroperitoneal fat, intestinal fistulas and arrosive bleeding.

Keywords: *acute pancreatitis, laparoscopy, reoperation*

Актуальность. При общепринятых методах хирургического лечения деструктивного панкреатита значительное количество летальных исходов связано с секвестрацией, нагноением поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, с развитием аррозивных кровотечений. Патологические изменения в поджелудочной железе, сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке при тяжелом некротическом панкреатите – невозможно полностью корригировать во время первичного оперативного пособия. Это указывает на необходимость применения программируемых санаций.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом с использованием программируемых минимально инвазивных хирургических технологий.

Материалы и методы. Материалом данного исследования явились результаты обследования и лечения 563 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в 1- и 2-м хирургических отделениях МБУЗ городской клинической больницы № 8 г. Уфы с 2010 по 2012 гг. Проведен анализ историй болезни 53 больных оперированных в специализированных отделениях. В 2012 году отмечается снижение количества оперированных больных, что несомненно обусловлено включением данной нозологии в программу модернизации, обеспечивающей всем больным эффективное консервативное лечение согласно федеральным стандартам.

Мужчин было 29, женщин 24, что приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу

Форма панкреонекроза	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
Стерильный	9	31	11	45,8
Инфицированный	20	69	13	54,2
Всего	29	100	24	100

Возраст больных составил от 18 и старше 70 лет. Большинство больных составляют люди трудоспособного возраста от 30 до 60 лет.

Частота программируемых санаций и послеоперационных осложнений зависит от срока поступления больных в стационар.

Таблица 2

Распределение больных по возрасту

Возраст	Стерильный	Инфицированный
До 20лет	-	1
21-30	3	3
31-40	4	12
41-50	8	7
51-60	5	5
61-70	-	3
71 и старше	-	2

Таблица 3

Сроки поступления больных в стационар от начало заболевания

Время	Стерильный		Инфицированный	
	Абс.	%	Абс.	%
1-2 суток	10	50	-	-
3-5 суток	8	40	7	21,2
6 и более	2	10	26	78,8
Итого	20	100%	33	100

Результаты и обсуждение

По интраоперационным данным во время лапароскопии оценивали характер экссудата в брюшной полости. При оментобурсоскопии осматривали состояние поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки. По лапароскопической картине определяли форму панкреатита, масштаб некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Исходя из этого, выбирали метод дренирования брюшной полости и сальниковой сумки. В случае, когда характер экссудата брюшной полости был серозный, поджелудочная железа отечна, жизнеспособна, имеется отек парапанкреатической клетчатки - данная лапароскопическая картина соответствует отечной форме панкреатита. Но нельзя забывать, что такие изменения в брюшной полости, свойственные отечной форме острого панкреатита, могут оказаться первичными лапароскопическими признаками обширного панкреонекроза в ранние сроки заболевания. В данном случае при прогрессирующей клинике заболевания, для оценки динамики изменения в брюшной полости мы проводили релапароскопию через 36 часов, что позволяло уточнить диагноз. В этом случае, как вариант лечения мы выбирали закрытый метод дренирующих операций, который включал в себя лапароскопическую санацию брюшной полости растворами антисептиков и активное дренирование брюшной полости при сохранении анатомической целостности сальниковой сумки. Это достигается дренированием многоканальными силиконовыми дренажами с постоянной активной аспирацией.

В случае, когда характер экссудата в брюшной полости серозный, серозно-геморрагический, имеются очаги стеатонекроза на брюшине, при панкреатоскопии железа отечна, очаги некроза жирового или геморрагического, данная картина соответствовала стерильному некрозу (мелкоочаговый менее 30%, крупноочаговый до 50%, субтотальный и тотальный от 50 % некроза ПЖ - О.Е.Бобров, 2000). Выбор метода дренирующих операций зависел от объема поражения ПЖ. При наличии признаков некротизирующего панкреатита проводим осмотр сальниковой сумки. Для этого устанавливаем 2 порта: справа 5мм в мезогастрии по среднеключичной линии, слева 10мм порт в проекции желудочно-ободочной связки. "Окно" в желудочно-ободочной связке для введения лапароскопа и инструментов создаем вблизи большой кривизны желудка по среднеключичной линии. Захватив и приподняв желудочно-ободочную связку мягким зажимом, вблизи от стенки желудка диссектором расслаиваем ткани, мелкие сосуды коагулируем и пересекаем. Через образовавшееся окно осматриваем полость малого сальника, более детальный осмотр возможен с применением лапароскопа с боковой оптикой. Заднюю стенку желудка отводим ретрактором.

На первичной ревизии сальниковой сумки определяли показания и срок проведения повторной бурсооментоскопии. Срок проведения повторных санирующих операций выполняли в сроки 48-72 часов. Количество программированных санаций зависело от формы панкреонекроза и объема поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. У некоторых больных было проведено до 4 санаций. Больше всего их проводили у больных инфицированной формой панкреатита, с субтотальным и тотальным поражением поджелудочной железы и с забрюшинной флегмоной. Программируемая санация выполнена в 27 случаях.

Мы также в послеоперационном периоде проводили бурсооментоскопию фиброхоледохоскопом фирмы «Olympus». Во время осмотра приточно-отточным методом промывали полость сальниковой сумки растворами антисептиков, мелкие секвестры вымывали током жидкости и удаляли с помощью электроотсоса, крупные секвестры с помощью зажима «аллигатор». Также удаляли грубые фибринозные наложения, проводили ревизию гнойных затеков в забрюшинной клетчатке с эвакуацией содержимого, санацией и установкой активного двухпросветного дренажа. Данный способ использован нами для лечения 13 больных с инфицированной формой панкреонекроза.

В комплексном лечении гнойно-деструктивных осложнений острого панкреатита нами применен полупроводниковый лазер аппаратом «Альфа-1м». Использовали излучение полупроводниковых светодиодов (так называемое квазимонохроматическое излучение),

спектр излучения которых примерно на порядок шире спектра излучения лазеров, длина волны 0,8-0,95 мкм. При лазерном облучении патологического очага происходит укорочение фаз воспалительного процесса, подавляются экссудативная и инфильтративная реакции. Больным в послеоперационном периоде производилось ежедневное чрескожное облучение проекции поджелудочной железы полупроводниковым лазером из 4 точек мощностью 6 Вт по 64 секунды с частотой 80 Гц и паравертебрально на уровне 10-11 грудных позвонков по 64 секунды из 4 точек. Использовали насадку для облучения через бурсооментостому из 2 точек, и длительность воздействия снижалась до 32 секунд на поле. Общее количество сеансов лазеротерапии составило 10-12.

Проведенный анализ показал, что на фоне традиционного лечения лазеротерапия уменьшала болевой синдром, что снижало потребность в анальгетиках. Восстановление нормальной моторики ЖКТ наступило на 2-3 суток раньше. Снижалась интоксикация, что подтверждалось динамикой лабораторных показателей уровня лейкоцитарного индекса интоксикации.

В послеоперационном периоде у больных, которым проводилась программированная санация, не было таких осложнений, как абсцесс сальниковой сумки, флегмоны забрюшинной клетчатки, кишечных свищей и аррозивных кровотечений.

Ликвидация гнойной интоксикации и подтверждение факта очищения полости бурсооментостомы позволило выписать больных на амбулаторное долечивание с остаточными полостями бурсооментостомы. Средний койко-день составил 25,3 дня.

Таким образом, показаниями для лапароскопической программируемой санации при остром панкреатите мы считаем:

1) Клинически диагностированном панкреонекрозе для установления его формы и объема поражения в динамике.

2) При контрольных ультразвуковых исследованиях наличие жидкости в сальниковой сумки и брюшной полости.

3) Стойкая или прогрессирующая мультиорганная дисфункция, несмотря на комплексную интенсивную терапию в течение 3-7 суток, что свидетельствовало в наших наблюдениях об инфицировании поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки

Выводы

1. Программируемая лапароскопическая санация брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства позволяет в ранние сроки купировать эндотоксическое действие ферментов поджелудочной железы и снизить риск инфицирования забрюшинного пространства

2. Применение для лечения деструктивного панкреатита миниинвазивных хирургических технологий с первичным и повторными оментобурсоскопиями, диагностикой распространенности некротических процессов в паренхиме ПЖ и окружающей клетчатке – все это в целом, позволяет контролировать течение гнойно-некротического процесса в самой железе и парапанкреатической зоне, добиться купирования гнойно-воспалительного процесса.

3. Программируемая лапароскопия, эндоскопическая оментобурсоскопия с своевременной секвестрнекроэктомией в хирургическом лечении острого панкреатита и полупроводникового лазера позволяет снизить количество послеоперационных осложнений, уменьшить сроки пребывания больного в стационаре на 5.3 койко-дня, снизить летальность до 11,1%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное. - СПб.: Издательство «Деан», 2000.
2. Н.А. Кузнецов, Г.И. Перминова, Л.С. Аронов, В.Г. Бастатский, Н.В. Затонская, М.С. Ревук. Эндоскопическая диагностика и лечение острого панкреатита. // Хирургия. - 1996. - № 1.
3. Нестеренко Ю.А., Лищенко А.Н., Михайлусов СВ. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита (руководство для врачей и преподавателей). — М., 1998.
4. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит – М.: ПРОФИЛЬ, 2007. - 336с.
5. Савельев В.С., Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. -2000. -№ 2. -Т. 159. -С. 116-123.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Вопросы классификации и хирургического лечения при панкреонекрозе //Анналы хирургии. - 1999, 4.
7. Острый панкреатит. Учебное пособие для студентов старших курсов медицинских вузов, клинических интернов и ординаторов. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. - 60 с.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ СТАТЬИ
Хасанов Анвар Гиниятович, зав. кафедрой хирургических болезней БГМУ, доктор мед. наук,,профессор.
Суфияров Ильдар Фанусович, профессор кафедры хирургических болезней, доктор медицинских наук.
Шамсиев Ринат Эдуардович, доцент кафедры хирургических болезней БГМУ, канд.мед.наук, доцент.
Бадретдинов Азамат Фуатович, доцент кафедры хирургических болезней БГМУ, канд.мед.наук, доцент.
Бакиров Салават Хамидуллович, зав.1-м хирургическим отделением МБУЗ ГКБ №8.
Сакаев Рамиль Шамильевич, зав.2-м хирургическим отделением МБУЗ ГКБ №8.

УДК: 617.55-007.43

© А.В. Черных, Е.Н. Любых, Е.И. Закурдаев, 2014

А.В. ЧЕРНЫХ, Е.Н. ЛЮБЫХ, Е.И. ЗАКУРДАЕВ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ТИПА ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ И ФОРМЫ ЖИВОТА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж

Резюме. *Работа выполнена на 41 трупе с паховыми грыжами. Проводилось измерение антропометрических параметров живота. Доказано, что риск возникновения паховых грыж выше у лиц брахиморфного типа телосложения и с мужской формой живота. К развитию косых паховых грыж предрасполагает долихоморфный тип телосложения, женская и овальная формы живота, а к возникновению прямых паховых грыж – брахиморфный тип телосложения и мужская форма живота. Пахово-мошоночные грыжи практически всегда наблюдаются у лиц долихоморфного типа телосложения и с женской формой живота.*

Ключевые слова: *тип телосложения, форма живота, грыжа.*

A.V. CHERNYH, E.N. LYUBYH, E.I. ZAKURDAEV

THE ROLE OF BODY TYPE AND SHAPE OF THE ABDOMEN IN THE OCCURRENCE OF INGUINAL HERNIA

N.N. Burdenko Voronezh State Medical Academy, Voronezh

Abstract. *Work was performed on the 41 cadaver with inguinal hernias. Measured the anthropometric parameters of the abdomen. It is proved that the risk of inguinal hernia is higher in persons brachymorphic body type and the male form of the abdomen. By the development of oblique inguinal hernia predisposes dolihomorphic body type , women and oval shaped abdomen, and to the emergence of direct inguinal hernias – brachymorphic body type and the male form of the abdomen. Inguinal-scrotal hernia is almost always observed in individuals dolihomorphic body type and the female form of the abdomen.*

Keywords: *body type, shape of the abdomen, hernia.*

Актуальность.

Много внимания, и не только в хирургии, уделяется изучению типовых особенностей человека. Целостность признаков организма, связанных с особенностями его реактивности и темпами индивидуального развития, объединяют понятием «конституция» [3, 7]. В герниологии это направление бурно развивали А. Ю. Созон-Ярошевич,

В. Н. Шевкуненко и Т. Ф. Лаврова, изучавшие закономерности возникновения паховых грыж от типа телосложения, формы живота и подчревной области, длины паховых связок и угла их наклона [1, 2, 6, 7].

Цель исследования.

Изучить типовую анатомию живота на нефиксированных трупах с паховыми грыжами, обобщив полученные данные определить группы риска по возникновению паховых грыж с учетом антропометрических факторов.

Материалы и методы.

Работа выполнена на 41 нефиксированном трупе лиц с паховыми грыжами, умерших скоропостижно от заболеваний, не связанных с травмами живота. Материал набран в БУЗ ВО «Воронежское областное бюро СМЭ» (начальник бюро – к.м.н. К. Д. Белянский). Из них 39/95,1% мужчин и 2/4,9% женщин. В выборке преобладали лица с прямыми паховыми грыжами – 28/68,3%. Косые паховые грыжи встречались в три раза реже – 8/19,5%. Надпузырные паховые грыжи отмечены в 2/4,9% а пахово-мошоночные – в 3/7,3%.

Все объекты исследованы во временном интервале от 10 до 20 ч от момента констатации смерти. Проводилось антропометрическое исследование трупов по методике Т. Ф. Лавровой (рис. 1).

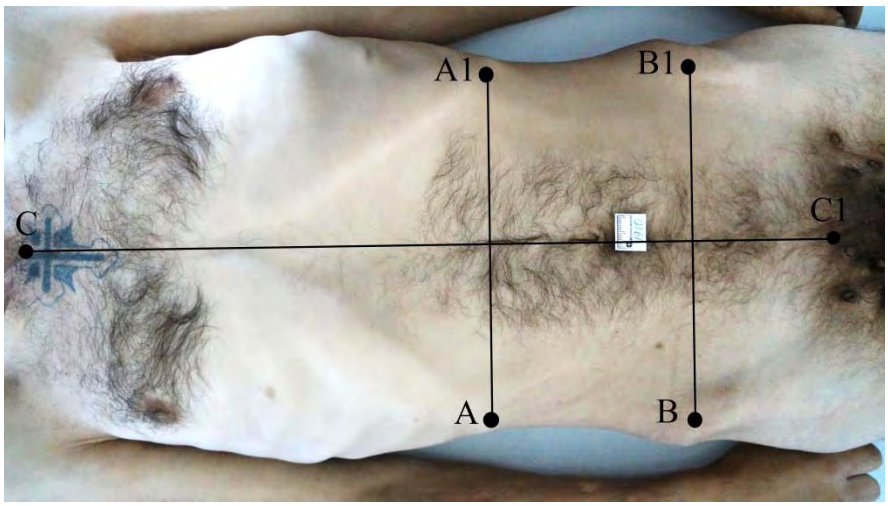

Рис. 1. Протокол № 1910, мужской пол, предсмертный возраст 36 лет. Методология измерения антропометрических параметров живота по методике Т. Ф. Лавровой: A-A1 – linea bicostalis; B-B1 – linea bispinalis; C-C1 – distancia jugulo-pubica.

При определении типа телосложения вычислялась относительная высота туловища: distancia jugulo-pubica / рост × 100%. При величине относительной высоты туловища ≤29% тип телосложения исследуемого лица оценивался как долихоморфный, 30-32,4% – мезоморфный, ≥32,5% – брахиморфный. Форма живота определялась по поперечному

индексу живота: linea bicostalis / linea bispinalis × 100%. При значении показателя≤97,4% форма живота считалась женской, 97,5-102,5% – овальной, а ≥102,6% – мужской формой.

Результаты исследования.

В настоящее время предложено много классификаций типа телосложения, а так же методик его определения. В герниологии стала общепринятой систематизация типа телосложения по В. Н. Шевкуненко (1935), причем им же впервые доказано, что риск возникновения паховых грыж выше у людей долихоморфного телосложения. Аналогичные данные приводит Т. Ф. Лаврова, в ее исследованиях не встретилось ни одного грыженосителя брахиморфного телосложения [1].

В нашем исследовании большинство грыженосителей были мезоморфного (17/41,5%) и брахиморфного (15/36,6%) типа телосложения, лица же долихоморфного телосложения наблюдались сравнительно редко – лишь в 9/22% случаев. При этом косые паховые грыжи чаще возникали у лиц долихоморфного телосложения (6/75%), а прямые паховые грыжи – у лиц мезоморфного и брахиморфного телосложения (11/91,7% и 15/88,2%, соответственно). Из двух наблюдаемых случаев с надпузырными паховыми грыжами один был долихоморфного типа телосложения, другой – мезоморфного. Все лица с гигантскими пахово-мошоночными грыжами были долихоморфного типа телосложения (рис. 2).

Рис. 2. Протокол № 1685, мужской пол, предсмертный возраст 59 лет. Лицо долихоморфного типа телосложения и женской формы живота с гигантской скользящей пахово-мошоночной грыжей мочевого пузыря.

Индивидуальные различия формы живота обусловлены неравнозначными размерами нижней апертуры грудной клетки и входа в большой таз. У лиц с мужской формой живота расстояние между выступающими краями десятых ребер (linea bicostalis) больше, чем расстояние между передними верхними остями подвздошных костей (linea bispinalis). У людей с женской формой живота наблюдается обратное соотношение размеров: расстояние

между ребрами уступает расстоянию между подвздошными остями. При овальной форме живота размеры большого таза совпадают с размерами нижней апертуры грудной клетки.

У большинства исследованных лиц живот имел расширяющуюся кверху форму (мужскую) (26/63,4%), когда ширина нижней апертуры грудной клетки превышает вход в большой таз. Лица с женской и овальной формами живота встретились в 6/14,6% и 9/21,5%. Прямые паховые грыжи наблюдались преимущественно у лиц с мужской формой живота (21/75%). У лиц с косыми паховыми грыжами отмечались женская и мужская формы живота, а у лиц с надпузырными паховыми грыжами – женская и овальная формы, причем у тех и других в одинаковой пропорции. Пахово-мошоночные грыжи чаще (2/66,7%) находили у лиц с женской формой живота. Наблюдение со скользящей гигантской пахово-мошоночной грыжей мочевого пузыря было с женской формой живота, причем очертания данной формы было различимо визуально (рис. 2). В конкретном случае поперечный индекс живота составил 75%, когда у остальных лиц с женской формой живота он был не ниже 90%.

При обобщении данных оказалось, что грыженосители чаще всего были брахиморфного телосложения с мужской формой живота (13/31,7%), что позволяет отнести эту категорию лиц к основной группе риска по возникновению паховых грыж. В два раза реже наблюдались лица долихоморфного и мезоморфного телосложения с мужской формой живота (7/17,1% и 6/14,6%). Одинаково часто (по 3/7,2%) наблюдались лица долихоморфного телосложения с овальной формой живота, мезоморфного телосложения с женской и овальной формой живота и брахиморфного телосложения с овальной формой живота. Реже встречались лица долихоморфного (2/4,9%) и брахиморфного (1/2,4%) телосложения с женской формой живота.

Выводы.

Риск возникновения паховых грыж выше у лиц брахиморфного типа телосложения и с мужской формой живота.

К развитию косых паховых грыж предрасполагает долихоморфный тип телосложения, женская и овальная формы живота, а к возникновению прямых паховых грыж – брахиморфный тип телосложения и мужская форма живота.

Пахово-мошоночные грыжи практически всегда наблюдаются у лиц долихоморфного типа телосложения и с женской формой живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лаврова, Т. Ф. Клиническая анатомия и грыжи передней брюшной стенки / Т. Ф. Лаврова. – М.: Медицина, 1979. – 104 с.

2. Хрюкин, Ю. А. Хирургическое лечение больных с послеоперационными грыжами боковых отделов живота : автореф. дис. … канд. мед.наук : 14.00.27 / Хрюкин Юрий Алексеевич. – Воронеж, 2005. – 24 с.
3. López-Cano M. Anthropometric characteristics of the pubic arch and proper function of the defense mechanisms against herniaformation/ M. López-Cano [et al.] // Hernia. – 2005. – Vol. 9, N 1. – P. 56-61.
4. Peiper C. Abdominal musculature and the transversal fascia: an anatomical viewpoint / C. Peiper [et al.] // Hernia. – 2005. – Vol. 8, N 4. – P. 376-380.
5. Peri G. Clinical and anatomic features of the inguinal canal during hernia / G. Peri [et al.] // Ital J Anat Embryol. – 1996. – Vol. 101, N 2. – P. 69-80.
6. Read R. C. Herniology: past, present, and future / Hernia. – 2009. – Vol. 13, N 6. – P. 577-580.
7. Stoppa R. Anthropometric characteristics of the public arch and proper function of the defense mechanisms against hernia formation / R. Stoppa // Hernia. – 2005. – Vol. 9, N 4. – P. 400.

Сведения об авторах статьи
Черных Александр Васильевич – д.м.н., проф., первый проректор, зав. каф. оперативной хирургии с топографической анатомией Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко (394000, Воронежская обл., г. Воронеж, пер. Купянский, д.4, кв. 8). e-mail: ezakurdaev@rambler.ru.
Любых Евгений Николаевич – д.м.н., проф., директор научно-исследовательского института герниологии, профессор кафедры факультетской хирургии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко (394018, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. Плехановская, д.15, кв.30). e-mail: ezakurdaev@rambler.ru.
Закурдаев Евгений Иванович – аспирант кафедры оперативной хирургии с топографической анатомией Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н. Бурденко (394063, Воронежская обл., г. Воронеж, ул. 25 января, д.34, кв. 134). e-mail: ezakurdaev@rambler.ru

УДК 616.007.44:616-089.819.843

© А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, И.Х. Ахметов, Д.Г. Шайбаков, 2014

А.Г. ХАСАНОВ, И.Ф. СУФИЯРОВ, И.Х. АХМЕТОВ, Д.Г. ШАЙБАКОВ

ПРИМЕНЕНИЕ ИНВАГИНАЦИОННОГО МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Башкирский государственный медицинский университет, г.Уфа

Резюме. *Проведен анализ результатов хирургического лечения 232 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью. Радикальные операции с первичным анастомозом выполнены 64 больным. У 34 больных применен инвагинационный способ наложения межкишечного анастомоза, что позволило уменьшить число осложнений в послеоперационном периоде и избежать несостоятельности анастомоза.*

Ключевые слова: *обтурационная кишечная непроходимость, хирургическое лечение, инвагинационный межкишечный анастомоз.*

A.G. KHASANOV, I.F. SUFIÂROV, D.G. SHAYBAKOV, I.KH. AKHMETOV

APPLICATION OF THE INVAGINATED INTESTINAL ANASTOMOSIS IN THE TREATMENT OF OBTURATIVE INTESTINAL OBSTRUCTION

Bashkir State Medical University, Ufa

Abstract. *The analysis of results of surgical treatment of 232 patients with acute obstructive ileus. Radical surgery with primary anastomosis performed in 64 patients. In 34 patients applied method overlap between the invaginated intestinal anastomosis, which reduced the number of complications in the postoperative period and avoid insolvency anastomosis.*

Keywords: *obstructive intestinal neprhodimost, surgical treatment, between invaginated intestinal anastomosis.*

Актуальность. Проблема лечения осложненного колоректального рака занимает в настоящее время значительное место в хирургической практике. Наиболее частым и тяжелым осложнением колоректального рака является острая кишечная непроходимость. При осложненном раке толстой кишки хирургическая тактика зависит от локализации опухоли, вида осложнения, состояния больного и общепринятых тактических установок, которые часто предусматривают завершение оперативного вмешательства формированием колостомы. Резекция кишки с опухолью с одномоментным восстановлением непрерывности кишечной трубки при острой обтурационной непроходимости является трудной задачей. Показания к формированию анастомоза при этом резко ограничиваются многими исходными

факторами (пожилой и преклонный возраст, поздняя госпитализация, наличие сопутствующих заболеваний нередко в стадии декомпенсации, развившийся синдром интраабдоминальной гипертензии). При этом частота послеоперационных осложнений и послеоперационная летальность остаются достаточно высокими, достигая по данным разных авторов 15 – 50% [1.2]. Гнойно-воспалительные осложнения после операций выполненных на фоне острой кишечной непроходимости составляют 38 – 80% [3].

Цель и задачи исследования:

Целью настоящего исследования является усовершенствование методики наложения межкишечного анастомоза при осложненных формах течения рака толстой кишки.

Материал и методы:

Нами проведен анализ хирургического лечения 232 больных с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью поступивших в хирургические отделения городской клинической больницы № 8 г.Уфы. Среди пациентов мужчин было 83(35,8%), женщин -149(64,2%). В подавляющем большинстве больные пожилого и старческого возраста доставленных в стационар по экстренным показаниям с клинической картиной острой обтурационной толстокишечной непроходимости (67,8%), что говорит о геронтологической значимости проблемы. Острую обтурационную кишечную непроходимость диагностировали с учетом клинической картины заболевания, данных анамнеза, результатов физикального, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов обследования.

Анализ данных проводился с использованием методов математической статистики в пакетах SPSS 11.5 и Statistica 6.0 (Реброва О.Ю., 2002). Выполнялась проверка на нормальное распределение сравниваемых показателей с использованием теста Колмогорова-Смирнова, применялся непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение:

Характер оперативного вмешательства в большей степени определялся не только локализацией опухоли и выраженностью изменений кишечной стенки в проксимальных от опухоли отделах, но и характером возникших осложнений и наличием различных сопутствующих заболеваний которые значительно ограничивали показания к радикальному лечению. Существенное значение в выборе метода и вида операции имела давность возникшей непроходимости. По нашим данным, за исследуемый период в первые 24 часа возникновения острой обтурационной непроходимости госпитализировано всего лишь 32 (13,8%) больных. Наибольшее количество поступивших больных - 69 (29,7%), было до 48

часов. Следует подчеркнуть, что половина оперированных больных (116 - 50%) поступили на 3 -и сутки и позже. С более продолжительным анамнезом непроходимости — 15(6,5%) больных. По локализации опухолевого процесса больные распределились следующим образом: слепая кишка - 19(8,2%), восходящий отдел и печеночный изгиб ободочной кишки — 17 (7,3%), опухоли поперечной ободочной кишки — 11 (4,7 %), селезёночный изгиб и нисходящий отдел — 38 (16,3 %), сигмовидная кишка — 78 (33,6 %), ректосигмоидный отдел толстой кишки — 38 (16,4 %), опухоли прямой кишки — 31 (13,4 %). При этом у двух пациентов выявлен первично-множественный синхронный рак толстой кишки. В одном наблюдении опухоль желудка с прорастанием в поперечную ободочную кишку с последующим развитием острой кишечной непроходимости. Виды и объем выполненных операций представлены в таблице 1.

Таблица 1

Обьём хирургических вмешательств больным с острой обтурационной кишечной непроходимостью.

№	Виды операций	Количество больных
1	Правосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза	26(11,2 %)
	Правосторонняя гемиколэктомия с наложением стомы	9(4,5%)
2	Резекция поперечной ободочной кишки формированием анастомоза	2(0,99%)
	Резекция поперечной ободочной кишки с наложением стомы	6(3,0%)
3	Левосторонняя гемиколэктомия с формированием анастомоза	14(6,0%)
	Левосторонняя гемиколэктомия с наложением стомы	14(6,9%)
4	Резекция сигмовидной кишки с формированием анастомоза	16(6,9%)
	Резекция сигмовидной кишки с наложением стомы	41(20,3%)
5	Резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с формированием анастомоза	12(5,2%)
	Резекция ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением стомы	19(9,4%)
6	Резекция прямой кишки с формированием анастомоза	1(0,5%)
	Резекция прямой кишки с наложением стомы	2(1,05)
7	Илеостомия (без резекции) -	14(6,9%)
8	Колостомия (без резекции) -	56(27,7%)
	Всего	232 (100%)

Как видно из таблицы 1 у 162 (69,8 %) больных выполнены радикальные операции в виде право- или левосторонней гемиколэктомии и обструктивной резекции пораженного

опухолью участка толстой кишки с наложением колостомы. После выполнения гемиколэктомии 71(43,8%) больному наложен первичный межкишечный анастомоз. При формировании анастомоза предпочтение отдавалось формированию межкишечного соустья по типу «конец в конец». В наших наблюдениях их было 64.Для изучения результатов лечения больные после радикальных операций с первичным межкишечным швом разделены на 2 группы. У 30 больных восстановление непрерывности кишечной трубки выполнено анастомозом «конец в конец» 2-х рядными швами (контрольная группа). Одним из возможностей расширения показаний к первичной резекции кишки с последующим восстановлением кишечной непрерывности, по нашему мнению, является формирование инвагинационного межкишечного анастомоза, который позволяет избежать несостоятельности и следующих за этим осложнений. Данная методика анастомозирования была выполнена у 34 больных с обтурационной кишечной непроходимостью (основная группа). Больные обеих групп по возрасту, по полу, по наличию сопутствующих заболеваний были репрезентативны. В остальных 7 случаях межкишечное соустье было сформировано по типу « бок в бок» или « конец в бок». Резекции кишки с наложением концевой стомы выполнены у 91 (39,2 %) больных поступивших с острой обтурационной толстокишечной непроходимостью. Остальным 70 (30,2%) больным с IV стадией заболевания, у которых кишечная непроходимость имела декомпенсированный характер на фоне выраженных полиорганных нарушений, выполнены паллиативные операции в виде наложения разгрузочной илеостомы (в 14 наблюдениях) или двуствольной колостомы (56 больных). Методика формирования инвагинационного анастомоза заключается в подготовке кишечных стенок проксимального и дистального отделов кишки на длину 3,5 — 4см от жировых подвесок и брыжейки. Кровеносные сосуды на стенке кишки тонким капроном перевязываются для исключения образования гематом в области анастомоза и развития анастомозита в последующем. Первый ряд серо-серозных узловых швов накладываются с интервалом 4-5 мм на заднюю губу анастомоза на расстоянии 3,5-4 см от краев резецированной кишки (рис.1).

Далее накладываем 4- 6 серо-серозных узловых капроновых швов на заднюю стенку анастомоза для более полного примыкания стенок друг к другу и предотвращения их флотирования. Сопоставленные концы приводящей и отводящей кишок по краю резекции прошиваем узловыми или непрерывным викриловым швом (для обеспечения гемостаза и более точного сопоставления кишечных слоёв). В зависимости от диаметра кишок в проксимальной части шаг шва может превышать на 3-5мм от шага в отводящем конце кишки (рис.2).

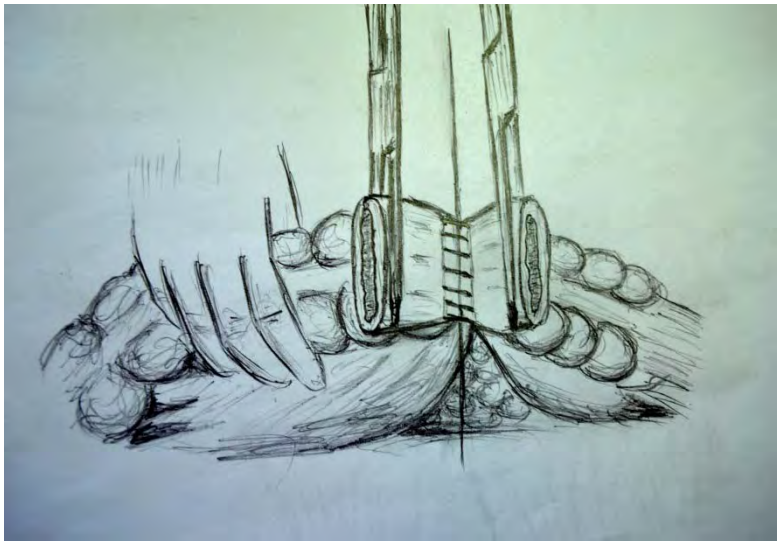

Рис. 1. Формирование первого ряда швов задней губы анастомоза.

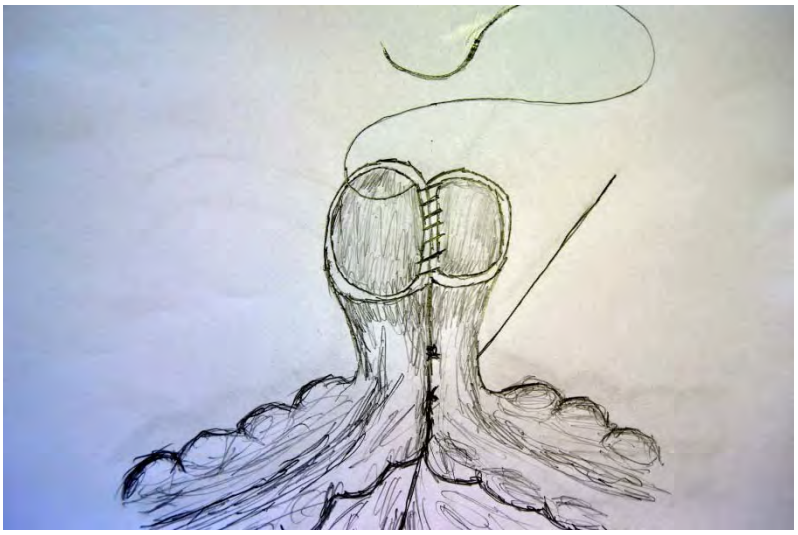

Рис. 2. Наложение непрерывного шва на соустье анастомоза.

В той же последовательности формируем переднюю губу анастомоза с поэтапным внедрением (инвагинацией) приводящей кишки в отводящую серо-серозными швами (рис.3,4).

По завершению формирования анастомоза трансанально проводим зонд выше межкишечного соустья на расстоянии 20-25 см. Зонд фиксируется узловым швом к перианальной коже. Дренирование брюшной полости и малого таза по общепринятой методике (двухпросветными активными дренажами). В послеоперационном периоде всем больным проводилась антибактериальная, инфузионная кардиотропная терапия и лечение сопутствующих заболеваний. Послеоперационные осложнения возникли у 82 (35,3%) больных. Наиболее часто осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у больных после паллиативных стомированных вмешательств и после обструктивных резекций толстой кишки с выведением стомы.

Рис. 3. Поэтапное инвагинирование приводящей кишки в отводящую кишку.

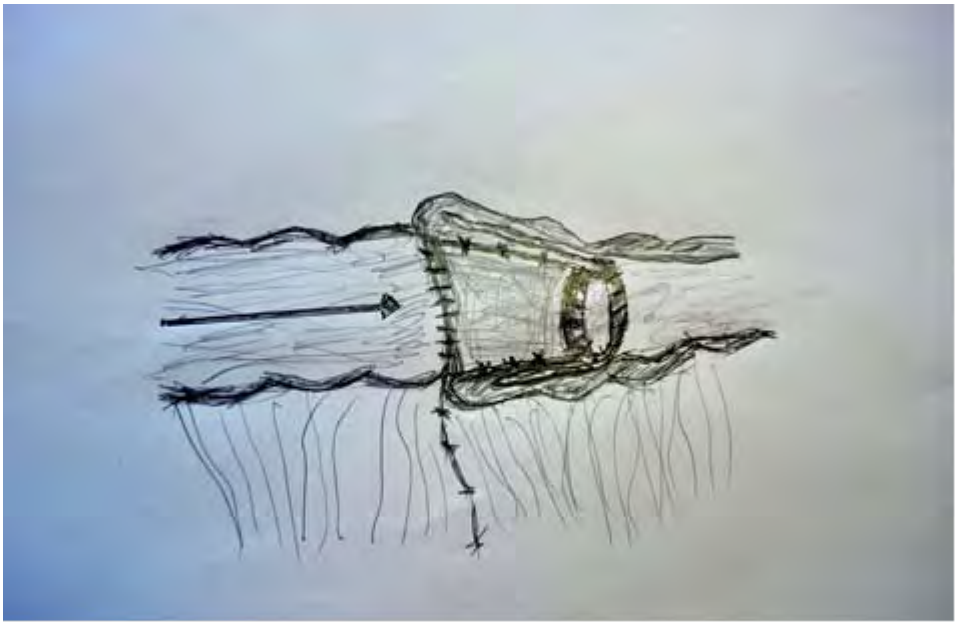

Рис. 4. Окончательный вид инвагинационного анастомоза.

Среди осложнений значительное место занимают инфекция области хирургического вмешательства и в области наложенной стомы (27 чел.- 16,7%). Позднее поступление, развитие перитонита на фоне исходных сопутствующих заболеваний сердечно-легочной системы у больных преклонного и старческого возраста послужили основанием у 48 (29,8%) оперированных к развитию тяжелых осложнений со стороны сердечно-сосудистой и органов дыхания. и в большинстве привели к летальному исходу (умерло 19 больных-11,8%). Несмотря на проведение всего комплекса профилактических меропрятий тромбоэмболия ветвей легочной артерии наблюдалась у 3 больных, (по одному случаю в каждой группе), которые закончились летальным исходом. Количество и характер послеоперационных осложнений после радикальных операций с первичным анастомозом представлены в таблице 2.

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений при острой обтурационной толстокишечной непроходимостью у больных контрольной и основной группы (n=64)

Осложнения	Контрольная группа		Основная группа	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Несостоятельность анастомоза	3	10	-	-
Нагноение послеоперационной раны	6	20	3	8,8
Анастомозит	-	-	2	5,8
Сердечно-сосудистые осложнения	4	13,3	3	8,8
Бронхолегочные осложнения	5	26,6	4	11,7
Тромбоэмболические осложнения	1	3,3	1	2,9
Всего	16	53,3	13**	38,2

Примечание: * - сравнение выполнялось с использованием критерия Манна-Уитни,

** - различия между полученными результатами в опытной и контрольной группах статистически значимы ($p < 0,001$).

Несостоятельность анастомоза в 3(10%) случаях привели к развитию распространенного калового перитонита с летальным исходом в контрольной группе. Причиной несостоятельности, по нашему мнению, явилось завышение показаний к формированию первичного анастомоза. В этих случаях целесообразно было на первом этапе операцию завершить формированием разгрузочной колостомы. Случаев несостоятельности межкишечного анастомоза в основной группе не было. Всего в двух случаях (1 — после резекции сигмовидной кишки, 1 — после левосторонней гемиколэктомии) отмечались явления анастомозита, потребовавшие проведение с помощью фиброколоноскопа двухпросветного зонда выше анастомоза. Зонд удалялся на 3-5 сутки после операции. Нагноение послеоперационной раны в основной группе наблюдалась у 3 больного(8,8%), у 6-х больных в контрольной группе (20%). Количество бронхолегочных и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы в обеих группах встречались примерно одинаково. В послеоперационном периоде после радикальных операций с наложением первичного анастомоза умерло 11 (17,2%) в том числе 8 больных в контрольной и 3 больных в основной группе. Послеоперационная летальность в основной и к контрольной группах составила 8,8% и 26,7% соответственно а общая послеоперационная летальность — 12,9%.

Таким образом можно заключить, что обтурационная кишечная непроходимость продолжает оставаться частым осложенением колоректального рака. Из-за позднего поступления, наличия тяжелых сопутствующих патологий, развития синдрома

внутрибрюшной гипертензии основным методом оперативного лечения являются паллиативные вмешательства в виде наложения колостомы и обструктивная резекция кишки с выведением концевой колостомы. У 1/3 больных (по нашим данным у 27,6%) возможно выполнение радикальных операций с первичным анастомозом. Применение инвагинационного межкишечного анастомоза является методом выбора так как позволяет избежать осложнений связанных с формированием анастомоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекперов С.Ф., Пугаев А.В., Калачев О.А., Ачкасов Е.Е., Мельников П.В., Каннер Д.Ю. Диагностика и хирургическое лечение обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости. Хирургия 2012; 11: 38-44.
2. Алиев С.А.Колоректальныйрак:заболеваемость,смертность,инвалидность, некоторые факторы риска/ С.А.Алиев,Э.С.Алиев // Вестник хирургии им.И.И.Грекова.2007;4: с.118-122
3. Алиев С.А. Синдром интраабдоминальной гипертензии у больных осложненным раком ободочной кишки и его хирургическая коррекция // Хирургия 2012; 11: 45-52.

Сведения об авторах
Хасанов Анвар Гиниятович-д.м.н. профессор, зав. каф. хирургических болезней БГМУ
Суфияров Ильдар Фанусович д.м.н. профессор кафедры хирургических болезней БГМУ
Ахметов Ибрагим Ханифович-к.м.н. ассистент кафедры хирургических болезней БГМУ
Шайбаков Данис Габдинурович к.м.н. доцент кафедры хирургических болезней БГМУ

СВЕДЕНИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Редакция журнала руководствуется положениями "Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы".

Статья должна быть представлена в редакцию (на адрес электронной почты: vestnikbgmu@gmail.com) в электронном виде в документе winword любой версии.

Оригинальные статьи должны быть построены по традиционному принципу для мировой научной периодики и структурированы по плану: актуальность, цель работы, материалы и методы, результаты и обсуждение, завершаться выводами.

Титульная страница должна содержать: УДК статьи, инициалы и фамилию автора (авторов), название статьи. Название организации представившей статью для публикации на русском и английском языках. Дополнительно отдельно необходимо представить фамилию, имя, отчество (полностью) авторов, с указанием должности, ученой степени, звания, места работы и адреса организации. Обязательно необходимо указать автора (фамилия, имя, отчество) ответственного за контакты с редакцией, его телефон и адрес электронной почты.

Краткое резюме на русском языке отражающее основную цель исследования и его результат, ключевые слова (не более пяти)

На английском языке: название статьи, инициалы и фамилии авторов, название организации, резюме и ключевые слова.

Текст статьи, напечатанным шрифтом Times New Roman, 12 кеглем, через 1,5 интервала, поля 2,0 без переноса. Рекомендуемый объем статьи, включая таблицы, рисунки, литературу и аннотацию до 15 страниц формата А4. Все страницы должны быть пронумерованы.

Текст статьи, все приведенные цитаты должны быть автором тщательно выверены, проверены по первоисточникам. Цитируемая литература приводится в конце статьи на отдельном листе. Список литературы печатается в алфавитном порядке, сначала - русские, затем зарубежные авторы, согласно ГОСТ Р 7.0.5-2008. В тексте ссылки даются в квадратных скобках (если ссылка на несколько источников - то через запятую без пробелов) в соответствии с номером в списке литературы.

Следует использовать только общепринятые сокращения. Не следует применять сокращения в названии статьи. Полный термин, вместо которого вводится сокращение, следует расшифровать при первом упоминании его в тексте. Не требуется расшифровки стандартных единиц измерения и символов.

Таблицы должны иметь порядковый номер расположенный в правом верхнем углу, название таблицы. Рекомендуется представлять наглядные, компактные таблицы. Все числа в таблицах должны быть выверены и соответствовать числам в статье.

При использовании результатов статистического анализа данных обязательным условием является указанием использованного программного пакета и его версии, названий статистических методов, приведение описательных методов статистики и точных уровней значимости при проверке статистических гипотез. Для основных результатов исследования рекомендуется рассчитывать доверительные интервалы.

Единицы измерения физических величин должны представляться в единицах Международной метрической системы единиц- СИ.

Рисунки и диаграммы должны представляться отдельными графическими файлами в форматах bmp, jpg, tiff с указанием названия рисунка/диаграммы, его порядковым номером с разрешением не менее 300 dpi. В статье необходимо указывать место положения рисунка/диаграммы.

Все статьи, поступающие в редакцию проходят многоступенчатое рецензирование, замечания рецензентов направляются автору без указания имен рецензентов. После получения рецензий и ответов автора редколлегия принимает решение о публикации статьи.

Редакция оставляет за собой право отклонить статью без указания причин. Очередность публикаций устанавливается в соответствии с редакционным планом издания журнала.

Редакция оставляет за собой право сокращать, редактировать материалы статьи независимо от их объема, включая изменения названия статей, терминов и определений. Небольшие исправления стилистического, номенклатурного или формального характера вносятся в статью без согласования с автором. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки к публикации, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

Публикация статей в журнале бесплатная.

Направление в редакцию статей, которые уже посланы в другие журналы или напечатаны в них, не допускается.

Номера выходят по мере накопления статей, планируемая частота выхода - 6 номеров в год.