

Литература/References

1. Fitz R. H. Acute pancreatitis: A consideration of pancreatic hemorrhage, hemorrhagic, suppurative, and gangrenous pancreatitis, and of disseminated fat necrosis. *Boston Med. Surg. J.* 1889;120:181-187.
2. Liao D., Qian B., Zhang Y., Wu K., Xu M. Inhibition of 5-lipoxygenase represses neutrophils activation and activates apoptosis in pancreatic tissues during acute necrotizing pancreatitis. *Biochem. Biophys. Res. Commun.* 2018; 498(1):79-85. <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2018.02.026>
3. Bendersky V. A., Mallipeddi M. K., Perez A., Pappas T. N. Necrotizing pancreatitis: challenges and solutions. *Clin. Exp. Gastroenterol.* 2016;31(9):345-350. <https://doi.org/10.2147/ceg.s99824>
4. Фирсова В. Г., Паршиков В. В., Кузнецов С. С. [и др.]. Острый панкреатит: морфологические аспекты течения заболевания. *Анналы хирургической гепатологии.* 2014;19(1):86-95. [Firsova V. G., Parshikov V. V., Kuznetsov S. S., Bugrova M. L., Jakovleva E. I. Acute pancreatitis: morphological issues in development of the disease. *Annaly hirurgicheskoy gepatologii.* – *Annals of surgical hepatology.* 2014;19(1):86-95. (in Russ.)].
5. Carra S., Alberti S., Arrigo P. A., Benesch J. L. The growing world of small heat shock proteins: from structure to functions. *Cell Stress Chaperones.* 2017;22(4):601-611. <https://doi.org/10.1007/s12192-017-0787-8>
6. Haslbeck M., Vierling E. A first line of stress defense: small heat shock proteins and their function in protein homeostasis. *J. Mol. Biol.* 2015;427(7):1537-1548. <https://doi.org/10.1016/j.jmb.2015.02.002>

Сведения об авторах:

Бесчастнов Владимир Викторович, доктор медицинских наук, доцент, научный консультант 2-го хирургического отделения; тел.: 89043905682; e-mail: vvb748@mail.ru

Леонтьев Андрей Евгеньевич, ординатор хирургического отделения; тел.: 89036577614; e-mail: leontjeff@mail.ru

Мокеев Олег Алексеевич, заместитель главного врача по лечебной работе; тел.: 88312741183; e-mail: o_mokeev@mail.ru

Рябков Максим Георгиевич, доктор медицинских наук, доцент, научный консультант 1-го хирургического отделения; тел.: 89050122150; e-mail: max-doc@mail.ru

© Коллектив авторов, 2018

УДК 616.37 006.6 (470.063)

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13052>

ISSN – 2073-8137

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Н. Г. Шахназарян^{1, 2}, А. Н. Айдемиров^{1, 3}, А. З. Вафин¹,
А. М. Шахназарян¹, Э. А. Айдемирова¹

¹ Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

² Ставропольский краевой онкологический диспансер, Россия

³ Ставропольская краевая клиническая больница, Россия

METHOD OF PREDICTING THE COURSE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF VARIOUS GENESIS

Shahnazaryan N. G.^{1, 2}, Aidemirov A. N.^{1, 3}, Vafin A. Z.¹,
Shahnazaryan A. M.¹, Aidemirova E. A.¹

¹ Stavropol State Medical University, Russia

² Stavropol Regional Oncology Center, Russia

³ Stavropol Regional Clinical Hospital, Russia

Цель – разработка и использование способа прогнозирования течения механической желтухи различного генеза. Предлагаемый способ разработан при ретроспективной оценке клинических, цитологических и гистологических данных, а также результатов лечения 38 больных с доброкачественной или злокачественной механической желтухой. Установлено, что значимыми факторами прогноза заболевания являются возраст больного, наличие или отсутствие сопутствующей патологии, сахарного диабета, уровни билирубина и общего белка крови, генез заболевания. Проведение расчетов по формуле позволяет с высокой точностью предсказать прогноз течения механической желтухи.

Ключевые слова: механическая желтуха, билирубин, общий белок, прогнозирование механической желтухи

The objective is the development and use of a method for predicting the course of obstructive jaundice of various genesis. The proposed method was developed by retrospective evaluation of clinical, cytological and histological data, as

well as the results of treatment of 38 patients with benign or malignant obstructive jaundice. It has been established that the age of the patient, the presence or absence of concomitant pathology, diabetes mellitus, bilirubin levels and total blood protein, the genesis of the disease are significant factors in the prognosis of the disease. Carrying out of calculations by the formula allows to predict the forecast of a course of a obstructive jaundice with high accuracy.

Keywords: obstructive jaundice, bilirubin, total protein, prognosis of obstructive jaundice

Для цитирования: Шахназарян Н. Г., Айдемиров А. Н., Вафин А. З., Шахназарян А. М., Айдемирова Э. А. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2018;13(2):370-373. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13052>

For citation: Shahnazaryan N. G., Aidemirov A. N., Vafin A. Z., Shahnazaryan A. M., Aidemirova E. A. METHOD OF PREDICTING THE COURSE OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF VARIOUS GENESIS. *Medical New of the North Caucasus*. 2018;13(2):370-373. (In Russ.). DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13052>

Бел – общий белок
Бил – билирубин
В – возраст
Г – генез заболевания
ЗО БПДЗ – заболевания органов билиопанкреатодуоденальной зоны
ПЗ – прогноз заболевания
СД – сахарный диабет
СП – сопутствующая патология

С каждым годом увеличивается количество больных с заболеваниями органов билиопанкреатодуоденальной зоны, которые сопровождаются развитием механической желтухи. У этих пациентов чаще встречаются послеоперационные осложнения, выше показатели летальности, что обусловлено увеличенным содержанием билирубина, желчных кислот в крови, низким нутритивным статусом, системной и/или портальной эндотоксемией с развитием почечной и полиорганной недостаточности [1, 3]. Большинство авторов тяжесть механической желтухи связывают с величинами билирубина крови [1, 2], который является важным маркером. Однако учет одного показателя недостаточен для оценки сложных изменений, возникающих при нарушении прохождения желчи.

Вопросам прогнозирования в медицинской литературе последних лет уделяется повышенное внимание [4, 5]. Однако мы не встретили работ, в которых биохимические показатели, возраст, сопутствующая патология и генез заболевания использовались бы для определения прогноза у конкретного больного с механической желтухой.

Цель исследования: разработка и использование нового способа прогнозирования течения механической желтухи различного генеза (патент № 2619334, 2017).

Материал и методы. Способ прогнозирования течения механической желтухи различного генеза должен включать данные о биохимических показателях, о сопутствующей патологии, возрасте больного и генезе заболевания.

Предлагаемый способ разработан на основании ретроспективной оценки клинических данных, результатов цитологического и гистологического исследований, а также исходов лечения 38 больных с механической желтухой доброкачественного или злокачественного генеза. Было установлено, что значимыми факторами прогноза заболевания ($p < 0,05$) являются: возраст больного, наличие или отсутствие сопутствующей патологии, в частности сахарного диабета, данные показателей билирубина (в мкмоль/л) и общего белка (в мкмоль/л) крови, генез заболевания (результатов цитологического или морфологического исследования). Для проведения анализа указанные факторы были закодированы в баллах (табл. 1).

Вероятность влияния на прогноз таких факторов, как билирубин и общий белок крови, возраст больного, сопутствующая патология и сахарный диабет, равна 0,33 (3), так как у этих факторов по 3 (1/3) критерия.

Таблица 1

Факторы прогноза механической желтухи

Прогностические факторы	Баллы	
Билирубин крови, мкмоль/л	<60	1
	60–200	2
	>200	3
Общий белок крови, мкмоль/л	<65	1
	65–55	2
	>55	3
Возраст больного, лет	30–50	1
	50–70	2
	70–90	3
Сахарный диабет	отсутствие данных	1
	компенсированный	2
	декомпенсированный	3
Сопутствующая патология	отсутствие данных	1
	компенсированная	2
	декомпенсированная	3
Генез заболевания	доброкачественная патология	0,2
	злокачественная патология	
	I стадия	0,4
	II стадия	0,6
	III стадия	0,8
IV стадия	1	

Вероятность влияния на прогноз генеза заболевания (этиологии) – доброкачественной и злокачественной – равна, по нашим данным, 0,2, так как у этой позиции по 5 (1/5) критериев. Для простоты был проведен расчет: доброкачественная патология – $0,2 \times 0,2 = 0,04$ балла; I стадия рака билиопанкреатодуоденальной зоны – $0,4 \times 0,2 = 0,08$ балла; II стадия – $0,6 \times 0,2 = 0,12$ балла; III стадия – $0,8 \times 0,2 = 0,16$ балла; IV стадия – $1 \times 0,2 = 0,2$ балла.

Результат достигается с помощью способа прогнозирования, включающего использование данных

о биохимических показателях крови, наличии сопутствующей патологии, возрасте больного и генезе заболевания на фоне восстановления пассажа желчи, который проводят по формуле

$PЗ = [(Бил + Бел + В + СД + СП)] \times 0,33 \times (Г \times 0,2) \times 100 \%$, где 0,33 и 0,2 – вероятность влияния конкретного прогностического фактора.

Проведен расчет прогноза течения механической желтухи различного генеза. В первой части формулы интервал между минимальными и максимальными значениями (Бил+Бел+В+СД+СП) $\times 0,33$ составил 1,65–4,95. Расчет в зависимости от характера заболевания показал следующие интервалы допустимых значений генеза заболевания: доброкачественная патология – 0066–0198; злокачественная I стадия – 0,132–0,396; II стадия – 0,198–0,594; III стадия – 0,264–0,792; IV стадия – 0,330–0,990.

Прогноз заболевания может быть: благоприятным (хорошим), сомнительным, неблагоприятным (плохим), очень плохим (прямо указывающим на неизбежность летального исхода). С учетом формулы прогноз заболевания может быть представлен в процентах (табл. 2).

Таблица 2

Значения прогноза механической желтухи, по данным шкалы

Прогноз	Значения, %
Благоприятный	6–20
Сомнительный	21–59
Неблагоприятный	60–79
Очень плохой	80–99

Результаты и обсуждение. Возможность использования способа прогнозирования течения механической желтухи различного генеза представлена в следующих примерах.

Пример 1. Больная С., 53 лет (2 балла). Клинический диагноз: рак поджелудочной железы, ст. IV, T4NxM0, механическая желтуха. Морфологическая верификация диагноза проведена путем пункционной биопсии под контролем УЗИ: аденокарцинома (0,2 балла). При поступлении в стационар показатель билирубина крови составлял 367 мкмоль/л (3 балла), общий белок крови 57 мкмоль/л (3 балла). Из сопутствующей патологии отмечено наличие медикаментозно компенсированной формы артериальной гипертензии (2 балла). Сведений о наличии сахарного

диабета нет (1 балл). Введя данные в формулу, рассчитываем значение ПЗ $[(3+3+1+2+2) \times 0,33] \times 0,2 \times 100 \% = 72,6 \%$. Полученное значение соответствует неблагоприятному прогнозу.

Пациентке в стационаре проведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ. После билиарного дренирования показатель билирубина крови составил 190 мкмоль/л (2 балла), общий белок крови – 61 мкмоль/л (3 балла). Введя данные в формулу, рассчитываем значение ПЗ: $[(2+3+1+2+2) \times 0,33] \times 0,2 \times 100 \% = 66 \%$, что соответствует неблагоприятному прогнозу.

Больная выписана из стационара под наблюдение онколога и терапевта с наличием дренажной трубки в желчных протоках и рекомендациями симптоматической терапии по месту жительства. Смерть больной наступила через 6 месяцев после выписки из стационара.

Пример 2. Пациентка А., 49 лет (1 балл). Клинический диагноз: стриктура внепеченочных желчных протоков, механическая желтуха (0,04 балла). При поступлении в стационар показатель билирубина крови составил 120 мкмоль/л (2 балла), общий белок крови 66 мкмоль/л (1 балл). Из сопутствующей патологии отмечала наличие хронического панкреатита и гастрита (медикаментозно компенсированные формы, 2 балла). Данных о наличии сахарного диабета нет (1 балл). Введя данные в формулу, рассчитываем значение ПЗ $[(1+2+1+2+1) \times 0,33] \times 0,04 \times 100 \% = 9,2 \%$. Полученное значение соответствует благоприятному прогнозу заболевания.

Больной в стационаре проводят чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей под контролем УЗИ. После проведения билиарной декомпрессии показатель билирубина крови составил 88 мкмоль/л (2 балла), общий белок крови – 68 мкмоль/л (3 балла). Введя данные в формулу, рассчитываем значение ПЗ: $[(1+2+1+2+1) \times 0,33] \times 0,04 \times 100 \% = 9,2 \%$. Результат соответствует благоприятному прогнозу.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии с билиарным дренажом с рекомендациями явки через 1 месяц для его удаления. С момента выписки из стационара больная жива в течение 32 месяцев.

Заключение. Таким образом, проведение расчетов по представленной формуле позволяет количественно оценить прогноз заболевания и с высокой точностью предсказать течение механической желтухи.

Литература/References

1. Гальперин Э. И., Момунова О. Н. Классификация тяжести механической желтухи. *Хирургия*. 2014;1:5-9. [Galperin E. I., Momunova O. N. Classification of severity of mechanical jaundice. *Khirurgiya. – Surgery*. 2014;1:5-9. (In Russ.)].
2. Гальперин Э. И., Котовский А. Е., Момунова О. Н. Оптимальный уровень билирубинемии перед выполнением операции у больных механической желтухой опухолевой этиологии. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011;16(1):45-51. [Galperin E. I., Kotovsky A. E., Momunova O. N. The optimal level of bilirubinemia before the operation in patients with mechanical jaundice of tumor etiology. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii. – The annals of surgical Hepatology*. 2011;16(1):45-51. (In Russ.)].
3. Гусева М. А., Гусев К. А. Прогнозирование осложнений у больных с механической желтухой неопухолевого генеза при помощи гематологических лейкоцитарных индексов. *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. 2014;4(5):830. Режим доступа: <https://medconfer.com/>. Ссылка активна на 19.05.2018. [Guseva M. A., Gusev K. A. Prognozirovanie oslozhnenij u bol'nyh s mehanicheskoj zheltuhoj neopuholevogo geneza pri pomoshhi gematologicheskikh lejkokocitarnyh indeksov. *Byulleten meditsinskikh internet-konferentsy*. 2014;4(5):830. Available at: <https://medconfer.com/>. Accessed May 19, 2018. (In Russ.)].
4. Майстренко Н. А. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011;3:26-34. [Maystrenko N. A. Diagnosis and treatment of the syndrome of mechanical jaundice of benign genesis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii. – The annals of surgical Hepatology*. 2011;3:26-34. (In Russ.)].
5. Sewnath M. E., Karsten T. M., Prins M. H., Rauws E. J., Obertop H., Gouma D. J. A meta-analysis on the efficacy preoperative biliary drainage for tumors causing obstructive jaundice. *Annals of Surgery*. 2002;236:78-85. [https://doi.org/10.1016/s0003-3944\(02\)00889-1](https://doi.org/10.1016/s0003-3944(02)00889-1)

Сведения об авторах:

Шахназарян Наталья Григорьевна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ДПО, врач-онколог; тел.: 89286393527; e-mail: aqua627@mail.ru

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, зав. хирургическим торакальным отделением; тел.: 79624479697; e-mail: aaidemirov@mail.ru

Вафин Альберт Закирович, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ, профессор кафедры госпитальной хирургии; тел.: (8652)717003; e-mail: azvafin@mail.ru

Шахназарян Арсен Михайлович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургии, эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии; тел.: 89383538008; e-mail: dr.shakh@mail.ru

Айдемирова Элина Артуровна, студентка; тел.: 79624479697; e-mail: aaidemirov@mail.ru

© Коллектив авторов, 2018
УДК 616.72-018.36-002-053.2-089
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13053>
ISSN – 2073-8137

ПИГМЕНТНО-ВИЛЛЕЗНЫЙ СИНОВИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Р. А. Гумеров^{1,2}, А. А. Гумеров², Т. С. Псянчин¹, А. Ю. Игнатъев¹, И. И. Хидиятов²

¹ Республиканская детская клиническая больница, Уфа, Россия

² Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

PIGMENTARY VILLOUS GONARTHROSIS IN CHILDREN

Gumerov R. A.^{1,2}, Gumerov A. A.², Psyanchin T. S.¹, Ignatiev A. Yu.¹, Hidiyatov I. I.²

¹ Republican Children's Clinical Hospital, Ufa, Russia

² Bashkir State Medical University, Ufa, Russia

Диагностика и лечение ПВС КС у детей представляет ряд сложностей. Об этом свидетельствует то, что 13 пациентов с ПВС КС до поступления в клинику в течение продолжительного времени (от 2 до 5 лет) неоднократно лечились в различных лечебных учреждениях по поводу различных заболеваний. МРТ являлась наиболее эффективным методом диагностики ПВС КС. Интраоперационные данные артроскопии и морфологического исследования биопсийного материала верифицировали ПВС у всех пациентов.

Ключевые слова: дети, пигментно-виллезный синовит, магнитно-резонансная томография, артроскопия

Diagnosis and treatment of PVS KJ in children presents a number of difficulties. This is evidenced by the fact that 13 patients with PVS KJ before entering the clinic for a long time (from 2 to 5 years) were repeatedly treated in various medical institutions for various diseases. MRI was the most effective diagnostic method for PVS KJ. The intraoperative data of arthroscopy and morphological examination of the biopsy material verified PVS in all patients.

Keywords: children, pigmentary villous synovitis, magnetic resonance imaging, arthroscopy

Для цитирования: Гумеров Р. А., Гумеров А. А., Псянчин Т. С., Игнатъев А. Ю., Хидиятов И. И. ПИГМЕНТНО-ВИЛЛЕЗНЫЙ СИНОВИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2018;13(2):373-376. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13053>

For citation: Gumerov R. A., Gumerov A. A., Psyanchin T. S., Ignatiev A. Yu., Hidiyatov I. I. PIGMENTARY VILLOUS GONARTHROSIS IN CHILDREN. *Medical News of North Caucasus*. 2018;13(2):373-376. (In Russ.). DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2018.13053>

КС – коленный сустав
МРТ – магнитно-резонансная томография
ПВС – пигментно-виллезный синовит

ЦРБ – центральная районная больница
Т1ВИ – изображения, взвешенные по T1
T2ВИ – изображения, взвешенные по T2

Пигментно-виллезный синовит (ПВС) является диффузным пролиферативно-гиперпластическим процессом синовиальной оболочки, сопровождающимся разрастанием сосудов её стромы, что может приводить к кровоизлияниям в полость сустава и в толщу синовиальной оболочки с последующими реактивными изменениями [1, 2, 4]. При этой патологии обычно поражают-

ся крупные суставы, чаще коленный сустав (КС) [3, 6].

ПВС КС у детей встречается редко и описан в виде единичных наблюдений [5, 7, 8].

Целью работы являлось улучшение результатов диагностики и лечения ПВС КС с применением магнитно-резонансной томографии (МРТ) и артроскопии.