НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2006 года, ежеквартально.

Учредители:
Ставропольская государственная медицинская академия
Государственный научно-исследовательский институт курортологии
Пятигорская государственная фармацевтическая академия

Территория распространения:
Российская Федерация, зарубежные страны

Зарегистрирован в Федеральной службе по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия
ПИ № ФС77-26521
от 7 декабря 2006 года.

Журнал включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук (решение Президиума ВАК Минобрнауки РФ, февраль 2010, № 6/6)
Журнал включен в Реферативный журнал и Базы данных ВИНИТИ РАН и зарегистрирован в НЭБ (Научной электронной библиотеке) в базе данных РИНЦ (Российского индекса научного цитирования) на основании сублицензионного договора № 07-04/09-14 от 25 марта 2009 г.

Журнал индексируется:
Ulrich's International Periodicals Directory

Ответственный редактор
Лежнина О. Ю.
Перевод:
Боева О. И.
Знаменская И. А.
Интернет-версия
Халявин А. А.
Технический редактор
Рубцова Л. А.
Тираж: 650 экз.
Адрес редакции:
355017, Ставрополь, ул. Мира, 310
Телефоны: (8652) 35-25-24; 35-32-29; 35-19-05
Факс: (8652) 35-25-24
E-mail: medvestnik@stgma.ru
WWW-страница:
www.medvestnik.stgma.ru
На 4 стр. обложки фото М. Е. Успенского

МЕДИЦИНСКИЙ ВЕСТНИК СЕВЕРНОГО КАВКАЗА

№ 4 (28) 2012

MEDICAL NEWS OF THE NORTH CAUCASUS

Главный редактор ЯГОДА А. В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

АКСЕНЕНКО В. А.
БАТУРИН В. А.
(зам. главного редактора)
БОЕВ И. В.
БРАГИН Е. А.
ВАФИН А. З.
ВОДОЛАЦКИЙ М. П.
ВОРОТНИКОВ А. А.
ГАВРИЛИН М. В.
ЕФИМЕНКО Н. В.
ЕФРЕМЕНКО В. И.
ИСТОШИН Н. Г.
КАЛМЫКОВА А. С.
КАРАКОВ К. Г.
КОРОБКЕЕВ А. А.
(ответственный секретарь)
КУЛИЧЕНКО А. Н.
ЛАВРЕШИН П. М.
МИНАЕВ Б. Д.
МУРАВЬЕВА В. Н.
НИКОЛЬСКИЙ В. С.
ПАСЕЧНИКОВ В. Д.
СПАССКИЙ А. А.
ХОДЖАЯН А. Б.
ЧЕБОТАРЕВ В. В.
ЯКОВЛЕВ В. М.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

АМИЯНЦ В. Ю. (Пятигорск)
АРУШАНЯН Э. Б. (Ставрополь)
БРИН В. Б. (Владикавказ)
ВЕРГЕЙЧИК Е. Н. (Пятигорск)
ЕНИН И. П. (Ставрополь)
КОШЕЛЬ В. И. (Ставрополь)
ЛИЕВ А. А. (Кисловодск)
ЛЕВИТАН Б. Н. (Астрахань)
МАСУЕВ К. А. (Махачкала)
НИКОЛЕНКО В. Н. (Москва)
ОНОПРИЕВ В. И. (Краснодар)
ПЕТРОВ В. И. (Волгоград)
ПОКРОВСКИЙ В. М. (Краснодар)
СОЛОМОНОВ А. Д. (Ставрополь)
СМИРНОВ В. Е. (Ставрополь)
ТЕРЕНТЬЕВ В. П. (Ростов-на-Дону)
ХАЙТ Г. Я. (Ставрополь)
ЧЕРЕДНИЧЕНКО Л. П. (Ставрополь)
ЧЕРНОВ В. Н. (Ростов-на-Дону)
ПЕТРУНОВ Б. (Болгария)
PINTER A. (Венгрия)
BOOIJ Leo H. D. J. (Нидерланды)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL RESEARCH

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

В. М. Яковлев, Е. С. Фетисова
КОМПЬЮТЕРНАЯ ВИЗУАЛЬНО-БИОФИЗИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТВОЛОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ 4

О. Н. Курочкина, А. А. Спасский, А. Л. Хохлов, Е. В. Ерушева, Д. С. Вундервальд
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 7

Н. Л. Закирова
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИЕЙ НАТРИЯ 10

М. Ю. Рожкова, Е. А. Лялюкова, Г. И. Нечаева
ОСОБЕННОСТИ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 14

Н. М. Бурдули, Д. Я. Тадтаева
ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 17

Н. А. Рубанова
ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 21

ХИРУРГИЯ

А. П. Попов, М. В. Гаспарян, А. М. Шахназарян
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА 24

В. Л. Коробка, А. М. Шаповалов, М. Ю. Кострыкин, Р. В. Коробка
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 27

В. В. Ткачев, А. А. Усачев, О. И. Кран
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТРАТЕГИИ «DAMAGE CONTROL» 31

В. Б. Шамик, Б. А. Давуд, К. Г. Франциянц
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСИММЕТРИЧНЫХ ВОРОНКООБРАЗНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ 35

УРОЛОГИЯ

А. Т. Терёшин, И. Б. Сосновский, А. Б. Ихаев
РЕЗЕРВНАЯ ФУНКЦИЯ ТЕСТИКУЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ 38

И. А. Панченко, Э. С. Марабян, О. Н. Гармаш, Р. С. Францев
РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 41

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

Л. Е. Пономарев
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН МЕТОДОМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОДЕРЖИМОГО ИХ КРИПТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ 44

В. П. Карпов, И. П. Енин, И. В. Енин, В. М. Моренко, В. И. Агранович, Ю. А. Джамалудинов
СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ 46

В. И. Кошель, Т. И. Иволга, Н. В. Махлиновская, И. В. Кошель, Е. А. Царцидис
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» И «СУРДОЛОГИЯ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ 48

Л. Е. Пономарев
ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ 52

В. П. Карпов, И. П Енин, В. М. Моренко, Ю. А. Джамалудинов
КАК МЫ ЛЕЧИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ 55

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Т. П. Бондарь, Е. О. Цатурян, А. Ю. Муратова
ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА МАТЕРИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ 57

ПЕДИАТРИЯ

Е. Г. Корчева, А. В. Яшков, Д. В. Печкуров
ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙАСТМЫ У ДЕТЕЙ 60

INTERNAL DISEASES

Yakovlev V. M., Fetisova E. S.
COMPUTER VISUAL AND BIOPHYSICAL DIAGNOSTICS OF STEM EXTRASYSTOLE 4

Kurochkina O. N., Spassky A. A., Khokhlov A. L., Yerusheva E. V., Vundervald D. S.
EFFICIENCY OF POSTINFARCTION CARDIOSCLEROSIS MANAGING IN CLINICAL PRACTICE 7

Zakirova N. L.
CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISCTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH VARIOUS DAILY SODIUM EXCRETION 10

Rozhkova M. Yu., Lyalyukova E. A., Nechayeva G. I.
ACID-FUNCTION FEATURES OF THE STOMACH IN YOUNG PATIENTS WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA 14

Burduli N. M., Tadtaeva D. Y.
DYNAMICS OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE UNDER THE INFLUENCE OF LASER THERAPY 17

Rubanova N. A.
OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSTIC PROCESS METHODOLOGY OF HEREDITARY CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA 21

SURGERY

Popov A. P., Gasparyan M. V., Shakhnazaryan A. M.
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF CAROTID ARTERIES IN ELDERLY AND SENILE AGE IN THE REGIONAL VASCULAR CENTER 24

Korobka V. L., Shapovalov A. M., Kostrykin M. Yu, Korobka R. V.
SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY PANCREATIC CYST 27

Tkachev V. V., Usachev A. A., Kran O. I.,
RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH MULTIPLE CEREBRAL ANEURYSMS IN ACUTE STAGE OF HEMORRHAGE WITH THE USE OF A STRATEGY «DAMAGE CONTROL» 31

Shamik V. B., Davud B. A., Frantsiyants K. G.
THE PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF ASYMMETRIC FUNNEL CHEST IN CHILDREN OVER 12 YEARS 35

UROLOGY

Teryoshin A. T., Sosnovsky I. B., Ikhayev A. B.
RESERVE FUNCTION OF TESTICLES AT PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS WITH ERECTILE DYSFUNCTION 38

Panchenko I. A., Marabyan E. S., Garmash O. N., Frantsev R. S.
RESULTS OF THE COMPREHENSIVE APPROACH IN TREATMENT OF LOWER URINARY TRACT SYNDROME IN A SPECIALIZED UROANDROLOGICAL CENTER 41

OTORHINOLARYNGOLOGY

Ponomaryov L. E.
ASSESS OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE TONSILS BY CYTOLOGICAL STUDY OF THE CONTENTS OF THEIR CRYPTS AT CHRONIC TONSILLITIS 44

Karpov V. P., Enin I. P., Enin I. V., Morenko V. M., Agranovich V. I., Djamaludinov Yu. A.
MODERN DIAGNOSTICS OF THE EUSTACHIAN TUBES DYSFUNCTIONS 46

Koshel V. I., Ivolga T. I., Makhlinovskaya N. V., Koshel I. V., Tzartzidis E. A.
HEALTH CARE MANAGEMENT IN OTORHINOLARYNGOLOGY AND AUDIOLOGY–OTORHINOLARYNGOLOGY AT STAVROPOL TERRITORY 48

Ponomaruev L. E.
THERMAL VISION STUDY OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN 52

Karpov V. P., Enin I. P., Morenko B. M., Djamaludinov U. A.
HOW WE TREAT EUSTACHIAN TUBES DYSFUNCTIONS 55

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Bondar T. P., Tsaturyan E. O., Muratova A. Y.
THE INFLUENCE OF PLATELET HAEMOSTASIS OF MOTHER ON PLATELET MORPHOFUNCTIONAL PARAMETERS IN NEWBORNS 57

PEDIATRICS

Korcheva E. G., Yashkov A. V., Pechkurov D. V.
PHYSIOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN 60

Л. О.-С. Паршутина, Л. А. Емельянова **ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВОДНЫХ ВИДОВ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ПОДРОСТКОВ С НЕРАВНОЙ ДЛИНОЙ НОГ**	63	Parshutina L. O.-S., Emelyanova L. A. **PRACTICAL ASPECTS OF WATER CURATIVE PHYSICAL CULTURE FOR THE CORRECTION OF SCOLIOSIS IN THE TEENAGERS WITH UNEQUAL LEG LENGTH**
ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ		*INFECTIOUS DISEASES*
С. Н. Антюганов, Н. П. Буравцева, А. Г. Рязанова, Е. И. Еременко, О. И. Цыганкова, В. М. Мезенцев, Л. Ю. Аксёнова, Е. В. Лысогора, Г. А. Джаилиди **СИБИРСКАЯ ЯЗВА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ**	67	Antyuganov S. N., Buravtseva N. P., Ryazanova A. G, Eremenko E. I., Tsygankova O. I., Mesenzev V. M., Aksenova L. Y., Lisogora E. V., Dgailidi G. A. **ANTHRAX IN STAVROPOL TERRITORY**
В. В. Иванов, М. В. Шипилов **ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ГРИППЕ pH1N1**	70	Ivanov V. V., Shipilov M. V. **INFLAMMATORY CYTOKINES AND THEIR IMPORTANCE IN INFLUENZA pH1N1**
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ		*DERMATOVENEROLOGY*
В. В. Чеботарев, Е. В. Змиевская, П. М. Алиева **СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ**	72	Chebotarev V. V., Zmievskaya E. V., Alieva P. M. **MORBIDITY STRUCTURE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENTS OF STAVROPOL**
СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ		*SOCIAL MEDICINE AND PUBLIC HEALTH SERVICE*
К. Р. Амлаев, В. Н. Муравьева, А. А. Койчуев, Г. Ю. Уткина **МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ (КОМПЕТЕНТНОСТЬ): СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ,СПОСОБЫ ОЦЕНКИ, МЕТОДИКИ ПОВЫШЕНИЯ ГРАМОТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ**	75	Amlaev K. R., Muravyova V. N., Koychuev A. A., Utkina G. Y. **HEALTH LITERACY: FACTS, EVALUATION, TECHNIQUES FOR IMPROVING PERSONAL HEALTH COMPETENCY**
В. О. Францева, М. Е. Евсевьева, В. В. Бруснева, Е. А. Иванова **ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА**	80	Frantseva V. O., Evsevieva M. E., Brusneva V. V., Ivanova E. A. **AN EXPERIENCE OF STAVROPOL STATE MEDICAL ACADEMY IN FORMING HELTH SAVING SYSTEM**
КУРОРТОЛОГИЯ		*BALNEOLOGY*
М. М. Корянова, А. Б. Овсиенко **РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПОЗВОНОЧНИКА**	83	Korjanova M. M., Ovsienko A. B. **REHABILITATION OF WOMEN WITH THE COMBINED PATHOLOGY OF INTERNAL GENITALS AND A BACKBONE**
КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ		**ABSTRACTS**
В. А. Батурин, Е. В. Щетинин, Е. Г. Нередько, И. Ф. Демиденко, Т. А. Савченко **АНАЛИЗ РОЛИ *UREAPLASMA UREALYTICUM* В СТРУКТУРЕ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ**	86	Baturin V. A., Shchetinin E. V., Nered'Ko E. G., Demidenko I. F., Savchenko T. A. **THE ROLE OF *UREAPLASMA UREALYTICUM* IN INTRANATAL INFECTIONS**
О. Ю. Лежнина, А. А. Коробкеев, И. И. Федько **МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА СЕРДЦА**	87	Korobkeev A. A., Lezhnina O. Yu., Fedko I. I. **MORPHOMETRIC FEATURES OF SUBEPICARDIAL CORONARY VASCULATURE**
А. В. Скрыль, М. Р. Мрикаева, Е. А. Печерских **АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ**	89	Skryl A. V., Mrikaeva M. R., Pecherskich E. A. **THE ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT RESTORATION OF DEFECTS OF A TOOTH CROWN WITH PIN CONSTRUCTIONS OF DENTURES**
М. П. Водолацкий, В. М. Водолацкий, С. М. Туманян **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ**	90	Vodolatskij M. P., Vodolatskij V. M., Tumanjan S. M. **TREATMENT OF PATIENTS WITH PROTRUSIVE OCCLUSION OF DENTITIONS**
О. В. Андросова, А. А. Дубовой, В. А. Аксененко **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**	91	Androsova O. V., Dubovoy A. A., Aksenenko V. A. **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANCY**
Л. Е. Пономарев **ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**	93	Ponomarev L. E. **AGE PECULIARITIES OF THE COURSE OF OTOGENIC AND RHINOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS**
Е. В. Щетинин, В. М. Моренко, И. П. Енин, В. П. Карпов, В. А. Батурин **РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ТОНЗИЛЛИТ И ФАРИНГИТ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE***	94	Shchetinin E. V., Morenko V. M., Enin I. P., Karpov V. P., Baturin V. A. **RECURRENT TONSILLITIS AND PHARYNGITIS ASSOCIATED WITH *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE***
А. А. Закарян, А. Э. Апагуни, М. И. Ульянченко, Н. В. Разумный, А. В. Филиппов, Р. С. Атаджанян **ТРАВМОЦЕНТР I УРОВНЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ШОКОМ**	95	Zakarian A. A., Apaguni A. E., Ulyanchenko M. I., Razumnyi N. V., Filippov A. V., Atajanian R. S. **LEVEL I TRAUMA CENTER AS EFFECTIVE ORGANIZATIONAL TECHNOLOGY OF RENDERING MEDICAL CARE BY THE PATIENTS WITH TRAUMAS AND SHOCK**
МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ		**MEDICAL EDUCATION**
С. Н. Алексеенко, Т. В. Гайворонская **АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МОНИТОРИНГА ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ВУЗА**	96	Alekseenko S. N., Gaivoronskaya T. V. **STUDENTS POLL AS AN EFFECTIVE IMPLEMENT OF MONITORING THE HIGHER SCHOOL INTERNAL ENVIRONMENT**
ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ		**NOTES FROM PRACTICE**
Л. Я. Климов, Т. М. Вдовина, В. А. Курьянинова, Н. Н. Письменова, С. В. Долбня, М. В. Стоян, Р. А. Атанесян, М. Э. Агаджанян, И. А. Стременкова **СЛУЧАЙ СИНДРОМА АПЕРА У ДЕВОЧКИ**	98	Klimov L. Ya., Vdovina T. M., Kuryaninova V. A., Pismenova N. N., Dolbnya S. V., Stoyan M. V., Atanesyan R. A., Agadganyan M. E., Stremenkova I. A. **THE CASE OF APERT'S SYNDROME IN THE GIRL**
А. В. Ягода, Н. Н. Гладких, Н. В. Гаспарян **ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОНИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САРКОМОЙ МАТКИ**	101	Yagoda A. V., Gladkikh N. N., Gasparyan N. V. **INTERSTITIAL PNEUMONITIS ASSOCIATED WITH SARCOMA OF UTERUS**
ОБЗОР		**REVIEW**
М. А. Ашихмина, К. Р. Амлаев **ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДА СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ**	104	Ashikhmina M. A., Amlaev K. R. **HIV/AIDS PREVENTION AMONG VULNERABLE GROUPS**
Р. Р. Калиев, И. Т. Муркамилов **РЕНАЛЬНАЯ АНЕМИЯ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ**	108	R. R. Kaliyev, I. T. Murkamilov **RENAL ANEMY AND CARDIOVASCULAR DISORDERS**

© В. М. Яковлев, Е. С. Фетисова, 2012
УДК 616.12-008.313.127-073.97

КОМПЬЮТЕРНАЯ ВИЗУАЛЬНО-БИОФИЗИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТВОЛОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

В. М. Яковлев, Е. С. Фетисова
Ставропольская государственная медицинская академия

Вариантом экстрасистолии атриовентрикулярного соединения являются стволовые экстрасистолы, возникающие в стволе пучка Гиса дистальнее клеток латентного автоматизма. Преждевременные импульсы ствола пучка Гиса не могут распространиться на предсердия из-за ретроградной предсердно-желудочковой блокады, вследствие чего на ЭКГ зубец Р экстрасистолы отсутствует, компенсаторная пауза полная, как при желудочковой экстрасистолии [3, 4]. При этом, как и в случае желудочковых экстрасистол, синусовый узел в обычное время генерирует очередной импульс и вызывает возбуждение предсердий с образованием зубца Р, который накладывается на комплекс QRS экстрасистолы и не различим на ЭКГ.

При стволовой экстрасистолии желудочковый комплекс QRS на ЭКГ чаще «узкий», реже – аберрантный по типу желудочковой экстрасистолы с внутрижелудочковой дискордантностью, продолжительность которого равна 0,12 с и более. В этом процессе находит отражение феномен Ашмана – длительность предшествующего сердечного цикла (интервала сцепления) определяет аберрантность QRS экстрасистолы [2, 3]. Топическая верификация стволовых экстрасистол среди разновидностей суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии является сложной электрокардиографической задачей по ряду причин, ведущей из них является низкая чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность метода электрокардиографии. Кроме того, в топической электрокардиографической классификации экстрасистолии слабо отражен вариант стволовых экстрасистол, дифференциальная диагностика с атриовентрикулярной и желудочковой экстрасистолией; фактически отсутствует их этиологическая и клиническая характеристика. Развитие компьютерных технологий, современных методов цифровой обработки биофизического сигнала сердца обусловили разработку и более широкое использование в повседневной клинической практике электрокардиографической системы (ЭКГ-12 отведений, ортогональная ЭКГ и ВКГ по МакФи – Парунгао, векторное картирование – ДЭКАРТО) с принципиально новыми диагностическими возможностями.

В современных электрокардиографических системах используются новые методы обработки данных электрофизиологического сигнала с применением в анализе нового графического представления результатов и методов математического моделирования. Визуально-биофизическая диагностика нарушений электродинамического процесса биоэлектрического поля сердца является основной предпосылкой создания всех новых электрокардиографических систем. Среди методов, которые в настоящее время все шире используются в повседневной клинической практике и научных исследованиях, можно отметить ЭКГ высокого разрешения и дипольную электрокардиотопографию (ДЭКАРТО). В отечественной литературе исследований, посвященных топической диагностике стволовых экстрасистол с помощью компьютерной электрокардиографической системы, нами не выявлено.

Цель исследования: с помощью компьютерной электрокардиографической системы изучить визуально-биофизические критерии стволовой экстрасистолии у пациентов с ИБС.

Материал и методы. В открытое рандомизированное неконтролируемое исследование включено 17 пациентов с ИБС в сочетании со стволовой экстрасистолией: 12 мужчин и 5 женщин, в возрасте от 39 до 68 лет (средний возраст 55±3,5 лет). Основой рандомизации пациентов по группам явилась максимальная однородность по клиническим, лабораторным и инструментальным критериям. Всем пациентам проводились лабораторные исследования согласно рекомендациям ВНОК (2010). Для решения дифференцированной оценки параметров стволовой экстрасистолии использовалась электрокардиографическая компьютерная система, включающая ЭКГ-12 отведений, ортогональную ЭКГ, ВКГ по МакФи – Парунгао и дипольную электрокардиотопографию – ДЭКАРТО.

Количественные характеристики комплексного электрокардиологического исследования представлены как средние значения ± среднеквадратическое (стандартное) отклонение. Для их сравнения использовали t-критерий Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$. Для выявления связей между параметрами эходопплерокардиографии и электрофизиологическими характеристиками биоэлектрического поля сердца использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов компьютерной электрокардиографии свидетельствует, что стволовая экстрасистолия визуализируется с узким комплексом QRS, качественными и количественными признаками атриовентрикулярных экстрасистол и аберрантным QRS, внутрижелудочковой дискордантностью типа желудочковой экстрасистолии. «Узкие» стволовые экстрасистолы чаще всего обнаруживаются у молодых людей при отсутствии органического поражения сердца и реже вызывают жалобы на перебои в деятельности сердца. Они более устойчивы к медикаментозным воздействиям

Яковлев Виктор Максимович, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической физиологии, кардиологии, с курсом интроскопии ИПДО
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: 8(8652)429121, 8(8652)356149

Фетисова Елена Сергеевна, врач функциональной диагностики Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра;
тел.: +79187602433; e-mail: fetisova..elena@mail.ru

[5]. Аналитическая оценка формы «широких» комплексов QRS стволовой экстрасистолии в отведениях I, II, III и V1–2 и сравнение их с желудочковыми комплексами QRS при блокадах системы Гиса – Пуркинье позволяет выделить следующие характерные варианты стволовых экстрасистол: 1) аналогичные образно-графическим критериям блокады правой ножки пучка Гиса; 2) соответствующие качественным и количественным критериям блокады передневерхней или заднежней ветви левой ножки пучка Гиса. Это подтверждается ниже приведенным собственным комплексным компьютерным визуально-биофизическим исследованием пациента М., 67 лет. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения ФК 2–3. Суправентрикулярная экстрасистолия. Артериальная гипертензия 3 ст. Степень АГ 2. Категория риска ССО 4. ХСН 2 А.

На фоне синусового ритма (рис. 1) регистрируются единичные экстрасистолы – аберрантный QRS в отведениях II, III, avF; в V1 – комплекс QRS типа частичной блокады правой ножки пучка Гиса; зубец P отсутствует, что характерно для стволовой экстрасистолии. Интервал сцепления = 40 мс. Гипертрофия левого желудочка (умеренно выраженная). Субэндокардиальная ишемия переднебоковых и заднежних отделов левого желудочка.

Ортогональная ЭКГ по МакФи – Парунгао (рис. 2, А): признаки гипертрофии левого желудочка с субэндокардиальной ишемией миокарда переднебоковых и заднежних отделов. На ВКГ по МакФи – Парунгао (рис. 2, А) во фронтальной плоскости площадь петли QRS уменьшена, деформирована. Петля T вне петли QRS, угол расхождения между максимальными векторами петель QRS и T=180 градусам. В горизонтальной плоскости максимальный вектор петли QRS смещен влево и назад. Петля T за пределами петли QRS, угол расхождения между максимальными векторами петель QRS и T>170 градусов. Все перечисленные изменения ВКГ типичны для ишемии и фиброзных изменений миокарда. Суммарная ДЭКАРТО (рис. 2, Б): на картах прихода, ухода и длительности первичной активации визуально-электрофизиологические признаки гипертрофии левого желудочка, негомогенность миокарда – фрагментация потенциала действия (процесс возбуждения в сердечной мышце желудочков протекает фрагментированно, с замедленным распространением, завершается на 50 мс, а норма = 30 мс). Ускоренная реполяризация желудочков резко уменьшена = 30 мс, что является доказательным критерием острой ишемии. В целях топической дифференциации экстрасистолии пациента М. проведена визуально-биофизическая оценка с помощью ортогональной ЭКГ и ВКГ по МакФи – Парунгао и векторного картирования (ДЭКАРТО) экстрасистолического кардиоцикла, которая позволила верифицировать стволовую экстрасистолию.

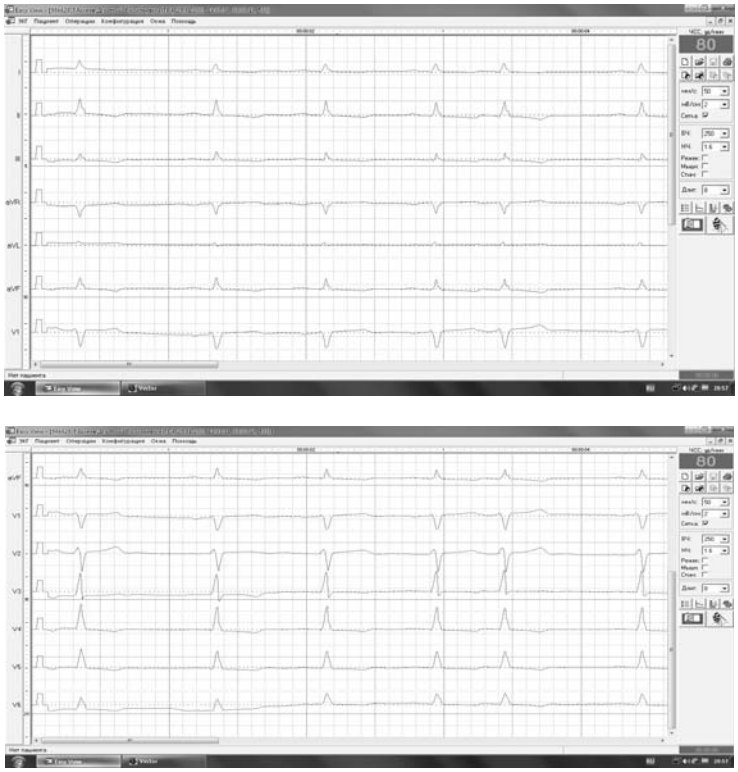
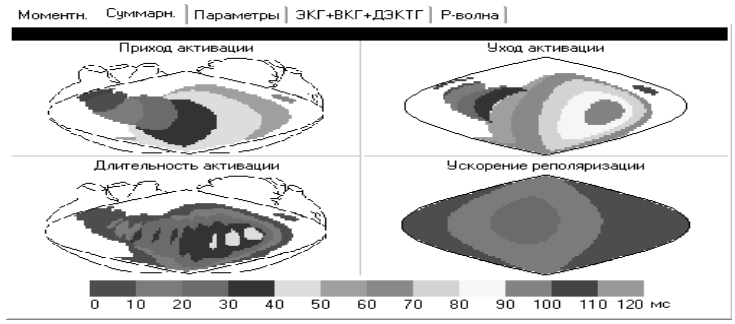


Рис. 1. ЭКГ больного М.

А



Б

Рис. 2. А – ортогональная ЭКГ и ВКГ по МакФи – Парунгао;
Б – суммарная ДЭКАРТО синусового кардиоцикла больного М.

Ортогональная ЭКГ по МакФи – Парунгао (рис. 3, А): экстрасистолические комплексы QRS=0,12 с, в отведениях X, Y, Z продолжительность их увеличилась на 0,02 с по сравнению с синусовыми. Комплексы QRS аналогичны полной блокаде левой ножки пучка Гиса, т. е. стволовая экстрасистола сформировала кратковременную, в пределах одного кардиоцикла,

функциональную полную блокаду левой ножки пучка Гиса и усугубила субэндокардиальную ишемию миокарда передней и задней стенки левого желудочка (в отведениях X и Y увеличилась депрессия сегмента S-T и глубина зубца T). ВКГ по МакФи – Парунгао (рис. 3, А): визуально-электрофизиологические параметры петель QRS в горизонтальной, фронтальной и правой сагиттальной плоскостях типичны для полной блокады левой ножки пучка Гиса. Суммарная ДЭКАРТО (рис. 3, Б): экстрасистолический кардиоцикл значимо отличается от образно-графических характеристик синусового: а) на картах прихода, ухода и длительности активации кардиоцикла стволовой экстрасистолы, площади, сформированные переднеперегородочными изохронами левого желудочка, фрагментированны, что типично для очаговых изменений в миокарде межжелудочковой перегородки и аберрантности проведения в левой ножке пучка Гиса; б) контуры дэкартограмм изменены не только в результате фрагментации, а в основном за счет резкого уменьшения изохронной площади вследствие отсутствия генерации потенциала действия в миокарде этих зон левого желудочка. Суммарные дэкартограммы прихода, ухода и длительности активации отображают образно-графические и пространственно-временные характеристики полной блокады левой ножки пучка Гиса.

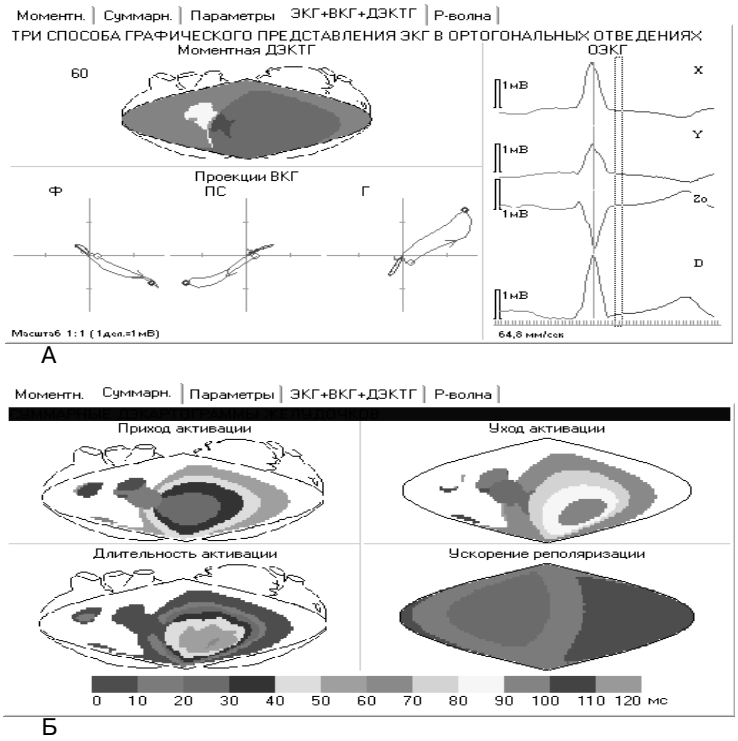


Рис. 3. А – ортогональная ЭКГ и ВКГ по МакФи – Парунгао; Б – суммарная ДЭКАРТО экстрасистолического кардиоцикла больного М.

Заключение. Стволовая экстрасистола с интервалом сцепления, равным 0,40 с, существенно изменила электродинамику биоэлектрического поля сердца, сформировала полную функциональную блокаду левой ножки пучка Гиса, левожелудочковую, предсердно-желудочковую и межжелудочковую электромеханическую диссинхронию, дисфункцию и недостаточность левого желудочка. Компьютерная электрокардиографическая система является современным и перспективным комплексом визуально-биофизической диагностики, которая значимо расширяет возможности практического врача в оценке нарушений электродинамического процесса биоэлектрического поля сердца и связанных с ними диссинхронии, дисфункции и недостаточности левого желудочка при стволовой экстрасистолии.

Литература

1. Гоффман, Б. Электрофизиология сердца : пер. с англ. / Б. Гоффман, П. Крейнфилд. – М. : Медицина, 1962. – 390 с.
2. Де Луна, А.Б. Руководство по клинической электрокардиографии / А.Б. Де Луна. – М. : Медицина, 1993. – 704 с.
3. Кушаковский, М.С. Аритмии сердца / М.С. Кушаковский // Руководство для врачей. – СПб. : Фолиант, 1998. – 637 с.
4. Мандела, В.Дж. Аритмии сердца. В 3 т. Т. 2 : пер. с англ. / под ред. В.Дж. Мандела. – М. : Медицина, 1996. – 480 с.
5. Янушкевичус, З.И. Нарушения ритма и проводимости сердца / З.И. Янушкевичус, Ю.Ю. Бредикис, А.Й. Лукошявичюте, П.В. Забела. – М. : Медицина, 1984. – 287 с.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ВИЗУАЛЬНО-БИОФИЗИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СТВОЛОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

В. М. ЯКОВЛЕВ, Е. С. ФЕТИСОВА

В отечественной кардиологии и аритмологии не проводились исследования топической диагностики стволовой экстрасистолии методами компьютерной электрокардиографической системы (ЭКГ-12 отведений, ортогональных ЭКГ и ВКГ по МакФи – Парунгао и векторного сканирования сердца). Разработана методология дифференцированной визуально-биофизической топической диагностики стволовой экстрасистолии в сочетании с постинфарктным кардиосклерозом. Определены основные визуально-биофизические критерии стволовой экстрасистолии, электромеханической диссинхронии и дисфункции миокарда при постинфарктном кардиосклерозе.

Ключевые слова: стволовая экстрасистолия, компьютерная ЭКГ система, топическая диагностика

COMPUTER VISUAL AND BIOPHYSICAL DIAGNOSTICS OF STEM EXTRASYSTOLE

YAKOVLEV V. M., FETISOVA E. S.

In home cardiology and cardiac rhythm disturbance studies nothing had been done in topical diagnostics of supraventricular extra-systole system (EKG-12 leads, orthogonal EKG and VKG according to McFee – Parungao and vector cardio-scanning). Methods of differential, and visual and biophysical diagnostics of supravenricular extrasystole together with post-coronary cardiosclerosis have been elaborated. Basic visual and biophysical criteria of stem extrasystole, electromechanical de-synchronism as well as of post-infarction cardiosclerosis miocard disfunction have been outlined.

Key words: stem extrasystole, computer EKG system, topical diagnostics

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.127–005.4.8

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. Н. Курочкина[1], А. А. Спасский[2], А. Л. Хохлов[3], Е. В. Ерушева[1], Д. С. Вундервальд[4]
[1] Кировская государственная медицинская академия
[2] Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова
[3] Ярославская государственная медицинская академия
[4] Клиническая больница № 2, Ярославль

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является ведущей причиной смертности в большинстве стран мира, в том числе в Российской Федерации. За последние 10 лет заболеваемость болезнями системы кровообращения в РФ выросла на 51,5 %. В структуре заболеваний особое место занимает постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) – самая частая причина развития хронической сердечной недостаточности (ХСН), во многом обусловливающая прогноз данной группы пациентов.

Показателем эффективности работы кардиологической службы является регистрация повторных ОИМ. В течение года в Республике Коми регистрируется 42,0 случая повторных инфарктов миокарда на 100 000 населения, в среднем по России – 20,1 случая на 100 000 населения [2]. Согласно предложенной Dzau и Braunwald теории сердечно-сосудистого континуума, наличие у больного ПИКС в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) способствует усугублению гемодинамических нарушений, что обусловливает необходимость комплексной оценки эффективности терапии с учетом морфофункционального состояния сердца [10].

Основная цель лечения пациентов с постинфарктным кардиосклерозом – снижение риска развития сердечно-сосудистых осложнений путем снижения артериального давления, уменьшения индекса массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ), улучшения функции почек, нормализации липидного и углеводного обмена [1, 6], что может быть достигнуто применением четырех основных групп препаратов: антитромбоцитарных средств, β-блокаторов (ББ), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статины) [1, 6]. В тех случаях, когда существует перегрузка жидкостью, проявляющаяся легочным застоем или периферическими отеками, назначаются диуретики [6]. Возможно использование блокаторов кальциевых каналов (БКК), в частности амлодипина и нитратов пролонгированного действия, предпочтительно изосорбид-5-мононитрата [5, 6].

Лечение больных, страдающих одновременно ИБС и АГ, требует комплексного подхода [3]. В настоящее время немногочисленными остаются работы по детальному изучению подходов к лечению и оценке его эффективности у пациентов с полиморбидной патологией.

Целью настоящего исследования является оценка эффективности медикаментозной терапии у пациентов с ПИКС в реальной клинической практике путем анализа динамики функциональных и лабораторных показателей.

Материал и методы. Методом случайного отбора выбраны амбулаторные карты больных, наблюдающихся в городской поликлинике по поводу ПИКС. Изучался анамнез заболевания, в динамике оценивались результаты лабораторного и инструментального исследования, клиническое состояние, регистрировалось артериальное давление (АД) в начале наблюдения и на момент последнего обращения пациента. Всего проанализировано 68 амбулаторных карт, в том числе 43 мужчины и 25 женщин. Средний возраст больных составил 68,8±10,1 лет, средний срок наблюдения – 8,1±5 лет.

Масса миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ, г) рассчитывалась по формуле Devereux [9]: ММ ЛЖ = 1,04 × × [(КДР + ЗСЛЖ + МЖП)^3 – КДР^3] – 13,6. Рассчитывали индекс массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ) и индекс относительной толщины стенок ЛЖ (ОТС ЛЖ). Скорость клубочковой фильтрации вычисляли по формуле, полученной в исследовании MDRD [14].

Формирование базы данных осуществлялось в формате Microsoft Excel. Статистическая обработка данных производилась с использованием программы BIOSTAT. Применялись стандартные параметры описательной статистики. Использовались критерии Шапиро – Уилка, Стьюдента, Колмогорова – Смирнова, применялись U-тест Манна – Уитни, тест Уилкоксона и метод знаков. Для сравнения дискретных величин в независимых группах использован критерий

Курочкина Ольга Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней № 2 Коми филиала Кировской государственной медицинской академии; тел.: 89048610340; e-mail: olga_kgma@mail.ru

Спасский Андрей Александрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической фармакологии лечебного факультета Российского научно-исследовательского медицинского университета им. Н. И. Пирогова; тел.: 89161622174; e-mail: rnmot@mail.ru

Хохлов Александр Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии с курсом ИПДО Ярославской государственной медицинской академии; тел.: (4852)460935; e-mail: al460935@yandex.ru

Ерушева Елена Владимировна, студентка 6 курса Коми филиала Кировской государственной медицинской академии; тел.: 89042225177

Вундервальд Дмитрий Сергеевич, врач функциональной диагностики Клинической больницы № 2, Ярославль; тел.: 89109792200

Пирсона $\chi 2$ с введением поправки на непрерывность (по Йетсу). Уровень статистической значимости принимали равным $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В структуре пациентов с ПИКС преобладали мужчины – 63 %. Средний возраст мужчин составил 68,8±8,5 лет, женщин – 69,4±8 лет. В числе сопутствующей патологии ведущими являлись гипертоническая болезнь (ГБ) (85,3 % – 58 чел.), цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) (44 % – 30 чел.).

Оценивались распространенность среди пациентов с ПИКС хронической болезни почек (ХБП) и состояние функции почек в динамике за период наблюдения. Уровень креатинина определялся у 66 больных (97 %). Среднее расчетное значение СКФ в начале наблюдения составило 81,9±18,5 мл/мин/1,73 м^2, на момент проведения исследования – 83,7±16 мл/мин/1,73 м^2 ($p>0,05$). В начале наблюдения нормальное значение СКФ (90 мл/мин/1,73 м^2 и более) зарегистрировано у 21 больного (31,8 %), среднее значение – 108,3±17,5 мл/мин/1,73 м^2, средний возраст больных – 65,6±8 лет. Умеренное снижение СКФ (60–89 мл/мин/1,73 м^2) определялось у 28 пациентов (42,4 %), среднее значение – 74,2 ±18,6 мл/мин/1,73 м^2; средний возраст больных – 67,5±8,3 лет. Значительное снижение СКФ (менее 60 мл/мин/1,73 м^2) выявлено в 12 случаях (18 %), в среднем 50,5±18,4 мл/мин/1,73 м^2; средний возраст больных – 80,3±16,5 лет. У пациентов с хроническими заболеваниями почек среднее СКФ – 76,7±8,5 мл/мин/1,73 м^2, наличие ХБП 1 ст. – у 5 больных, ХБП 2 ст. – у 1, ХБП 3 ст. – у 1 больного.

Фармакотерапия ПИКС (табл. 1) включала ББ (82,4 %), ИАПФ (80,9 %), дезагреганты (94,1 %), БКК (23,5 %), диуретики (32,4 %), нитраты (64,7 %) и статины (61,8 %). Наиболее часто назначаемыми препаратами являлись дезагреганты, ББ и ИАПФ. В структуре ИАПФ ведущее место занимал эналаприл (80 %), в структуре диуретиков – тиазидные препараты, среди БКК – амлодипин.

За период наблюдения отмечалось снижение как систолического (на 3 %), так и диастолического АД (на 5 %); снижение ДАД было статистически значимо. Целевого артериального давления достигли 44 % пациентов.

Изменение уровня глюкозы, холестерина и креатинина за период наблюдения было статистически не значимо, отмечался незначительный рост СКФ. За период наблюдения определялось снижение ИММ ЛЖ, отражающее процессы обратного ремоделирования миокарда левого желудочка; показатель ОТС существенно не изменился. В начале исследования среди пациентов преобладал эксцентрический тип гипертрофии ЛЖ. За период наблюдения наблюдалось уменьшение доли больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ; у части пациентов восстановилась нормальная геометрия ЛЖ, фракция выброса ЛЖ существенно не изменилась.

Из полученных данных следует, что больные, перенесшие инфаркт миокарда, – это полиморбидные пациенты со сформировавшимся сердечно-сосудистым и кардиоренальным континуумом, неблагоприятным ремоделированием миокарда левого желудочка, высоким риском сердечно-сосудистых осложнений и высоким уровнем смертности.

В основном пациенты получали лечение с доказанной эффективностью и безопасностью, направленное на улучшение прогноза [4, 12, 16], отмечалось недостаточное назначение статинов, β-адреноблокаторов. В процессе лечения (за период наблюдения) достигнуто снижение АД, целевое АД достигнуто у 44 % пациентов. Определялось снижение ИММ ЛЖ, у большинства больных наблюдалось обратное ремоделирование миокарда левого желудочка, снижение функции почек не прогрессировало. Отмеченные положительные эффекты можно объяснить кардиопротективным эффектом ИАПФ и β-блокаторов, ранее доказавших высокую кардиопротективную и нефропротективную активность [8, 11, 13, 15].

Таблица 1

Частота назначения и дозы лекарственных препаратов в начале наблюдения

Группа препаратов	Наименование лекарственного средства (МНН)	Средняя доза, мг	Число больных	Доля в структуре группы, %
Ингибиторы АПФ (n=55)	Эналаприл	7,9±2,1	44	80,0
	Лизиноприл	5,8±1,2	3	5,5
	Каптоприл	25,0±0	1	1,8
	Фозиноприл	11,3±2,6	4	7,2
	Периндоприл	3,6±0,4	2	3,6
	Рамиприл	10,0±0	1	1,8
Дезагреганты (n=64)	Ацетилсалициловая кислота	123,7±12,1	64	100,0
	Клопидогрель	75,0±0	2	2,9
β-адреноблокаторы (n= 56)	Бисопролол	9,76±0,7	31	55,3
	Метопролол	46,2±3,5	21	37,5
	Атенолол	31,4±2,6	7	12,5
Диуретики (n=22)	Верошпирон	28,1±2,5	6	27,3
	Индапамид	2,1±0,3	5	22,7
	Гидрохлортиазид	23,2±3,4	9	40,9
	Фуросемид	22,5±1,8	6	27,3
Антагонисты кальция (n=16)	Амлодипин	8,0±1,3	16	100
Гиполипидемические препараты (n=42)	Аторвастатин	12,2±1,1	34	80,9
	Симвастатин	11,4±1,4	7	16,7
	Розувастатин	10,0	1	2,4
Нитраты (n=44)	Изосорбида динитрат	25,4±4,6	12	27,3
	Изосорбида мононитрат	36,5±3,1	32	72,7

Динамика клинических и лабораторных показателей у пациентов с ПИКС представлена в таблице 2.

Таблица 2

Динамика клинических и лабораторных показателей у пациентов с ПИКС

Показатель	Начало исследования	Конец наблюдения	P
Среднее систолическое АД, мм рт. ст.	140,9±18,4	136,3±13,7	>0,05
Среднее диастолическое АД, мм рт. ст.	85,9±8,8	82,1±6	<0,05
Уровень глюкозы, ммоль/л	5,31±0,72	5,51±0,9	>0,05
Уровень холестерина, ммоль/л	5, 41±0,99	5,4±0,76	>0,05
Уровень креатинина, мг/дл	0,93±0,13	0,94±0,14	>0,05
СКД, мл/мин/1,73 м^2	81,9±18,5	83,7±16	>0,05
Фракция выброса ЛЖ, %	56±7,6 %	57±7,4	>0,05
ИММ ЛЖ, г/м^2	231,5±40,8	153,4±33,4	<0,05
Относительная толщина стенки ЛЖ, мм	0,42±0,05	0,43±0,06	>0,05

Заключение. Таким образом, назначение медикаментозной терапии с доказанной эффективностью пациентам с постинфарктным кардиосклерозом в условиях реальной клинической практики, несмотря на некоторые недостатки, выявленные в настоящем исследовании, способствовало снижению АД, обратному ремоделированию миокарда левого желудочка сердца, сохранению функциональной способности почек.

Литература

1. Голицын, С.П. Национальные рекомендации ВНОК по диагностике и лечению больных ОИМ с подъемом сегмента ST на ЭКГ / С.П. Голицин, Н.А. Грацианский, А.Л. Комаров // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2007. – № 8. – С. 25–50.
2. Кудинова, М.Ю. Статистический ежегодник Республики Коми / М.Ю. Кудинова, В.П. Кутепов, В.Г. Масалимова. – Сыктывкар, 2011. – 187 с.
3. Кобалава, Ж.Д. Антигипертензивная терапия и ишемическая болезнь сердца: клиническое и практическое значение исследования CAMELOT / Ж.Д. Кобалава, Ю.В. Котовская // Сердце. – 2005. – № 5. – С. 287–293.
4. Мареев, В.Ю. Национальные рекомендации по диагностике и лечению хронической сердечной недостаточности (третий пересмотр) / В.Ю. Мареев, Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов // Сердечная недостаточность. – 2010. – № 1. – С. 20–104.
5. Морозова, Т.Е. Место амлодипина в кардиологической практике / Т.Е. Морозова, В.Л. Захарова // Лечащий врач. – 2008. – № 2. – С. 14–17.
6. Национальные рекомендации по эффективности и безопасности лекарственной терапии при первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, Проект рекомендаций, 2011. www.scardio.ru.
7. Уранов, В.Н. Вчера и сегодня ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента: эналаприл остается в ряду препаратов сравнения и выбора / В. Н. Уранов // Справочник поликлинического врача. – 2010. – № 3. – С. 16–24.
8. Colucci, W.S. Metoprolol Reverses Left Ventricular Remodeling in Patients With Asymptomatic Systolic Dysfunction: The REversal of Ventricular Remodeling with Toprol-XL (REVERT) Trial / W.S. Colucci, T.J. Kolias, K.F. Adams // Circulation. – 2007. – Vol.116. – P. 49–56.
9. Casale, P.N. Value of echocardiographic measurement of left ventriculsr mass in predicting cardiovascular morbid events in hypertensive men / P.N. Casale, R.B. Devereux, M. Milner // Ann. Intern. Med. – 1986. – 178 p.
10. Dzau, V. Resolved and unresolved issues in the prevention and treatment of coronary artery disease: a workshop consensus statemen / V. Dzau, E. Braunwald // Am. Heart. J. – 1991. – Vol.121. – P. 44–63.
11. Dzau, V. Pathophysiology and therapeutic importance of tissue ACE: a consensus report / V. Dzau, K. Bernstein, D. Celermajer // Cardiovasc. Drugs Ther. – 2002. – Vol.16. – P. 60–149.
12. Flather, M.D. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS) / M.D. Flather, M.C. Shibata, A.J. Coats // Eur. Heart. J. – 2005. – № 26. – P. 215–225.
13. Flather, M.D. Long-term ACE-inhibitor therapy in patients with heart failure or left.ventricular dysfunction: a systematic overview of data from individual patients / M.D. Flather, S. Yusuf, L. Kober // Lancet. – 2000. – Vol. 355. – P. 75–81.
14. Levey, A.S. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine: a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group / A.S. Levey, J.P. Bosch, J.B. Lewis // Ann. Intern. Med. – 1999. – Vol.130. – P. 70–461.
15. Matsumoto, K. Inhibition of neointima by angiotensin-converting enzyme inhibitor in porcine coronary artery balloon.injury model / K. Matsumoto, R. Morishita, A. Moriguchi // Hypertension. – 2001. – Vol. 37. – P. 74–270.
16. McMurray, J. CIBIS and health economics / J. McMurray. – Barcelona, 1999. – 78 p.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. Н. КУРОЧКИНА, А. А. СПАССКИЙ,
А. Л. ХОХЛОВ, Е. В. ЕРУШЕВА,
Д. С. ВУНДЕРВАЛЬД

Оценена эффективность лечения пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в реальной клинической практике.

Проанализировано 68 амбулаторных карт – 43 мужчины и 25 женщин. Средний возраст больных 68,8±10,1 лет. Средний срок наблюдения составил 8,1±5 лет.

В процессе лечения больных отмечено снижение преимущественно диастолического артериального давления. Целевое АД достигнуто у 44 % пациентов. Достигнуто также снижение ИММ ЛЖ, уменьшилась доля больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ, у части пациентов восстановилась нормальная геометрия ЛЖ. Фракция выброса ЛЖ не изменилась. Сохранение скорости клубочковой фильтрации, вероятно, является следствием нефропротективного действия проводимой терапии.

Ключевые слова: постинфарктный кардиосклероз, медикаментозная терапия, фармакоэпидемиология

EFFICIENCY OF POSTINFARCTION CARDIOSCLEROSIS MANAGING IN CLINICAL PRACTICE

O. N. KUROCHKINA, A. A. SPASSKY,
A. L. KHOKHLOV, E. V. YERUSHEVA,
D. S. VUNDERVALD

Medical reports of 68 out-patients (43 men and 25 women) were analyzed. An average age was 68,8±10,1 years, the average follow-up – 8,1±5 years.

As a result of treatment course mainly diastolic blood pressure has decreased. Target BP was achieved in 44 % of patients. Reductions of LVMI, concentric and eccentric LV hypertrophy, as well as recovering of normal left ventricular geometry, were achieved. Ejection fraction hasn't change. Preservation of glomerular filtration rate perhaps is a result of nephroprotective effects of the therapy.

Key words: postinfarction cardiosclerosis, drug therapy, pharmacoepidemiology

© Н. Л. Закирова, 2012
УДК 616-009.12:616.12008.331.1:616-07

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИЕЙ НАТРИЯ

Н. Л. Закирова
Российская медицинская академия последипломного образования, Москва

Эссенциальная артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Важным фактором риска АГ является повышенное потребление поваренной соли (ПС) [2, 7, 10]. В организме содержание натрия зависит от равновесия между поступающим с пищей и выведенным через почки [5, 8].

Поражение почек при АГ является предметом дискуссии, остроту которой придает наличие длительного периода латентно протекающей почечной дисфункции. Полагают, что при АГ первыми обнаруживаемыми изменениями функций почек является нарушение натрийуреза. Выявление скрыто протекающей недостаточности экскреторной способности почек возможно за счет солевой нагрузки [1, 11].

До настоящего времени существуют противоречивые данные в отношении изменения натрийуреза у больных АГ на стандартной сердечно-сосудистой диете [12] и на фоне солевой нагрузки [1, 6]. До конца не изучены особенности течения АГ в зависимости от количества выделенного хлорида натрия с мочой.

Цель настоящего исследования – изучить особенности течения АГ у пациентов с различной суточной экскрецией натрия.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ЦКБ № 1 ОАО «РЖД», Москва. Обследовано 54 пациента с эссенциальной АГ 2 и 3 степени без признаков застойной сердечной недостаточности (СН) и хронической почечной недостаточности (ХПН). 2 степень АГ зарегистрирована у 46 % больных, 3 степень – у 54 %. В исследование вошли 40 женщин в возрасте от 37 до 70 лет (средний возраст 55,9±7,0) и 14 мужчин – от 30 до 60 лет (средний возраст – 47,7±8,6), госпитализированных для подбора антигипертензивной терапии.

Методом опроса оценивалось соблюдение солевого режима. Каждый больной отвечал на следующие вопросы: после пробы он не досаливает готовую пищу, досаливает или досаливает всегда? При солевых «излишествах» выявлялись субъективные и клинические симптомы: распирающая головная боль, локализованная чаще в затылочной области, головокружение, снижение остроты зрения, появление «пелены», мелькание «мушек» перед глазами, отеки нижних конечностей, лица, рук и др. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали по формуле ИМТ = вес (кг)/рост (м)^2. Всем больным проводилось биохимическое исследование крови, которое позволяло судить о состоянии электролитного, пуринового, липидного, углеводного обменов и о функциональном состоянии почек, а также – анализы мочи по Зимницкому и Нечипоренко. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по клиренсу эндогенного креатинина (метод Реберга), по Кокрофту – Гольту.

В день поступления в стационар больным предлагалось в течение суток собирать всю выделенную мочу, в которой определялась концентрация ионов натрия с помощью ионоселективного анализатора ABL800 FLEX фирмы Radiometer Copenhagen. Для установления нарушения натрийуретической функции почек у больных АГ выполнялась тест-проба с ПС [1], которая заключалась в однократном приеме ПС (из расчета 0,12 г на 1 кг веса), разведенной в 150 мл дистиллированной воды, утром натощак. После солевой нагрузки на первые и третьи сутки определялась суточная экскреция натрия с мочой с помощью того же анализатора. Для оценки водного баланса измерялось количество выпитой и выделенной жидкости до и после тест-пробы. Все пациенты получали питание, соответствующее стандартной диете № 10 [12].

Состояние сердечно-сосудистой системы оценивалось с помощью эхокардиографического (Эхо-КГ) исследования сердца по общепризнанной методике (аппарат HD 11 XE фирмы Philips) с допплеровским датчиком.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы Excel 2000 фирмы Microsoft, STATISTICA 7,0. Сравнение групп по количественному признаку осуществлялось с помощью параметрического метода (t-критерия Стьюдента) и непараметрических критериев Манна – Уитни и Колмогорова – Смирнова. При сравнении двух однородных величин различия считались достоверными при $p<0,05$. Количественные данные в работе представлены в виде M±SD, где M – среднее значение, SD – стандартное отклонение среднего.

Результаты. Исходно в исследование были включены пациенты с отсутствием нарушения функций почек (азотвыделительной, фильтрационной, реабсорбционной и концентрационной). В ходе работы суточная экскреция ионов натрия с мочой до солевой нагрузки в 94,4 % случаев соответствовала норме, в 5,6 % – превышала допустимые значения (303,5±10,0 ммоль/сут). Суточное выведение натрия до тест-пробы составило в среднем 165,0 ммоль/сут (min 49,2 ммоль/сут., max 315 ммоль/сут). В связи с большим разбросом показателя суточной экскреции натрия с мочой были выделены 3 группы пациентов: 1 группа – суточная экскреция натрия до солевой нагрузки составила до 100 ммоль/сут, 2 группа – от 100 до 200 ммоль/сут и 3 группа – от 200 ммоль/сут и более.

Клиническая характеристика обследованных лиц представлена в таблице 1.

Из приведенных в таблице данных видно, что группы были сопоставимы по возрасту, длительности и стадии АГ. Уровень АД был достоверно ниже в 1 группе. При изучении наследственности было выявлено, что у больных АГ 2 и 3 групп чаще, чем у пациентов 1 группы, встречался отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистой системе.

Закирова Нанули Леонидовна, аспирант кафедры терапии Российской медицинской академии последипломного образования, Москва;
тел.: 89265660562; e-mail: nanusic2009@rambler.ru

Таблица 1

Клинико-анамнестическая характеристика больных

Показатель	1 группа (n=10)	2 группа (n=28)	3 группа (n=16)	p	*p
Возраст, лет	53,4±7,4	54,25±8,9	53,56±8,0	>0,05	
Длительность АГ, г.	8,3±6,0	10,9±6,0	7,9±5,0	>0,05	
Максимальное САД/ДАД, мм рт. ст.	170,1±13,0/ 100,4±9,0	180,8±15,0/ 106,0±7,0	193,1±20,0/ 113,8±12,0	<0,05/<0,05	
Стадия АГ II/III, %	90/10	93/7	87,5/12,5	>0,05	
Семейный анамнез, отягощенный по ССЗ, %	20	75	87,5	<0,01	

Примечание. В табл. 1, 2 и в тексте: n – количество наблюдений; p – достоверность различий между 1 и 2 группами; p* – достоверность различий между 1 и 3 группами.

Данные опроса показали, что в 1 группе готовую пищу не досаливали 30 % пациентов, досаливали по требованию – 70 % больных, среди них не встречались лица, досаливающие пищу всегда. Лица 2 группы распределились следующим образом 14,3 % (p>0,05), 21,4 % (p<0,01) и 64,3 % (p<0,001) соответственно. В 3 группе преобладали лица, досаливающие готовую пищу всегда (81 %, p*<0,0005). По результатам анкетирования, отечный симптомокомплекс имел место только у пациентов 2 и 3 групп и отмечался в 39 и 56 % случаев соответственно. У лиц 2 и 3 групп чаще встречались жалобы на головную боль, головокружение, шум в голове, наличие пелены и мелькание «мушек» перед глазами, сердцебиение, боли в сердце, чем у пациентов 1 группы. Однако достоверных различий отмечено не было, за исключением шума в голове, который в 1 группе наблюдался в 20 % случаев, во 2 и 3 группах – в 61 % (p<0,05) и в 31,3 % (p*<0,05) соответственно.

Факторами риска АГ являются курение, ожирение и др. Их сочетание значительно отягощает прогноз заболевания. При анализе частоты выявления указанных факторов риска выявилось, что курящие лица встречались только во 2 и 3 группах (39,3 % (p<0,05), 37,5 % (p* <0,05). Индекс массы тела (ИМТ) в 1 группе был достоверно ниже и составил 27,9±3,6 кг/м^2, во 2 и 3 группах – 31,25±2,7 кг/м^2 (p<0,01), 32,3±5,4 кг/м^2 (p*<0,05) соответственно.

Абсолютные числа суточной экскреции натрия с мочой до и после проведения тест-пробы с хлоридом натрия представлены в таблице 2.

При изучении суточной экскреции ионов натрия с мочой на 1-е сутки солевой нагрузки прирост натрийуреза в 1 группе составил 156 %, во 2 группе – 66,2 % (p<0,01) и в 3 – 55,6 % (p*<0,05). Во 2 и 3 группах у 14 больных (25 %, p>0,05, и 43,8 %, p*<0,05, соответственно) прироста не наблюдалось. На 3-и сутки тест-пробы прирост суточной экскреции натрия по группам составил 91 %, 43 % (p<0,01) и 19 % (p*<0,01) соответственно. В 1 группе у 3 (30 %), во 2 группе – у 12 (43 %, p>0,05) и в 3 группе – у 11 пациентов (68,8 %, p*<0,05) прироста не было. Значимых различий по количеству выпитой и выделенной жидкости до тест-пробы с хлоридом натрия в группах не отмечалось. На 1-е сутки тест-пробы количество выпитой жидкости в 1 группе составило 1,64±0,4 л, во 2 группе – 1,7±0,4 л (p>0,05) и в 3 группе – 1,9±0,5 л (p*>0,05), суточный диурез – 2,0±0,3 л, 1,5±0,3 л (p<0,0001), 1,6±0,32 л (p*<0,004) соответственно.

Показатели эхокардиографического исследования больных АГ трех групп представлены в таблице 3.

Таблица 2

Суточная экскреция натрия с мочой до и после пробы с солевой нагрузкой

Суточная экскреция Na с мочой, ммоль/сут	1 группа (n=10)	2 группа (n=28)	3 группа (n=16)	p	p*
До солевой нагрузки	79,38±16,8	148,5±26,0	247,5±35,4	<0,05	
На 1-е сутки солевой нагрузки	202,0±96,0	212,0±84,0	284,0±102,0	>0,05	
На 3-и сутки солевой нагрузки	123,5±55,5	161,8±53,4	205,2±90,8	>0,05	<0,05

Таблица 3

Эхокардиографические показатели больных АГ с различной суточной экскрецией натрия

Показатель	1 группа (n=10)	2 группа (n=28)	3 группа (n=16)	p	p*
КДР, см	4,8±0,41	4,86±0,39	4,98±0,47	>0,05	
КСР, см	3,0±0,35	3,1±0,4	3,2±0,43	>0,05	
УО, мл	73,0±13,0	71,2±13,4	66,9±7,5	>0,05	
ФВ, %	66,6±4,0	65,6±5,0	65,8±14,9	>0,05	
ММ ЛЖ, г	176,6±30,1	193,0±18,3	194,2±14,0	<0,05	
ИММ ЛЖ	87,0±12,0	95,8±11,6	97,6±13,4	<0,05	
Е/А, усл.ед.	1,14±0,5	0,86±0,1	0,87±0,04	<0,05	

Из приведенных в таблице данных видно, что конечно-диастолический размер (КДР), конечно-систолический размер (КСР), а также ударный объем (УО) и фракция выброса (ФВ) у обследуемых лиц существенно не различались. Масса миокарда левого желудочка (ММ ЛЖ) и индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) были достоверно ниже у первых. В исследованиях последних лет отражено, что важной характеристикой ЛЖ является его диастолическая функция. По мнению некоторых авторов [18, 19], нарушения диастолической функции ЛЖ вторичны и являются следствием его гипертрофии. В нашей работе нарушение диастолической функции ЛЖ имело место только у лиц 2 и 3 групп.

Обсуждение. В норме суточная экскреция натрия с мочой у женщин составляет 27–287 ммоль/сут, у мужчин – 40–220 ммоль/сут [4, 13]. По результатам нашего исследования, выведение натрия с мочой до солевой нагрузки в 94,4 % случаев соответствует норме. При этом больные АГ с экскрецией натрия более 100 ммоль/сут составляют 81,5 %. Реакция на солевую нагрузку различается в зависимости от количества выведенного натрия до тест-пробы. У лиц с экскрецией натрия до 100 ммоль/сут на 1-е сутки нагрузки с хлоридом натрия прирост натрийуреза – максимальный, определяется положительный водный баланс, что свидетельствует об отсутствии задержки натрия в организме. На 3-и сутки у больных 1 группы количество выведенного натрия уменьшается, изменение натрийуреза на фоне солевой нагрузки схоже со здоровыми людьми [5] .

Во 2 группе с суточной экскрецией натрия от 100 до 200 ммоль/сут на фоне пробы с ПС прирост натрийуреза на 1-е сутки снижается, по сравнению с лицами 1 группы; среди них встречаются пациенты с отсутствием прироста натрийуреза. У пациентов с выведением натрия более 200 ммоль/сут практически в половине случаев отмечается отсутствие прироста натрийуреза на 1-е сутки тест-пробы. На 3-и сутки во 2 группе – у 43 %, а в 3 группе – у 68,8 % больных прироста не было. У пациентов 2 и 3 групп определяется достоверно значимый отрицательный водный баланс.

Таким образом, у больных АГ с суточной экскрецией натрия более 100 ммоль/сут отмечается отрицательный водный баланс, встречаются лица с отсутствием прироста натрийуреза как на 1-е, так и на 3-и сутки тест-пробы, то есть эти пациенты склонны задерживать натрий на более продолжительное время. Установлен факт, что среди больных с АГ имеются подгруппы лиц, которые в ответ на внутривенное введение солевого раствора выделяли избыток натрия и воды медленнее, чем остальные, и даже были склонны задерживать их на достаточно длительное время [1, 6].

В итоге у лиц с выведением натрия до 100 ммоль/сут (1 группа) на стандартной сердечно-сосудистой диете прирост натрийуреза на фоне солевой нагрузки больше, чем у лиц с суточной экскрецией натрия более 100 ммоль/сут (2, 3 группы). Возможно, это связано с тем, что у больных с экскрецией натрия более 100 ммоль/сут имеются начальные изменения функции почек, и солевая перегрузка выявляет скрытую недостаточность экскреторной способности почек [1, 11]. По мнению ряда исследователей, причиной ограниченных возможностей почек по выведению натрия является врожденное уменьшение количества нефронов [9]. Также обсуждается наличие первичных наследственных дефектов внутрипочечной гемодинамики и ретенции натрия и воды почками [14].

По результатам анкетирования, у пациентов с суточной экскрецией натрия более 100 ммоль/сут при употреблении соли больше привычного количества выявляется отечный синдром. У данной категории больных наличие отечного симтомокомплекса можно объяснить скрытой недостаточностью экскреторной способности почек. В этом случае солевые «излишества» выявляют латентно протекающую натрийуретическую дисфункцию [1, 11]. У больных с выведением натрия более 100 ммоль/сут достоверно выше ИМТ, чем у пациентов с выведением натрия до 100 ммоль/сут. Это может быть следствием замедленного темпа экскреции натрия.

По нашим данным, у больных с выведением натрия более 100 ммоль/сут регистрируется более высокое АД, чем у пациентов с суточной экскрецией натрия до 100 ммоль/сут. Наличие более низких цифр АД у лиц с экскрецией натрия до 100 ммоль/сут может быть связано с сохранной натрийуретической и депрессорной функцией почек, снижением тонуса сосудистой стенки за счет активации калликреин-кининовой системы и простагландинов. У пациентов с выведением натрия более 100 ммоль/сут депрессорные механизмы истощаются, в почках развиваются структурные изменения. Поддержание достаточного объема фильтрации и экскреции ионов натрия и воды возможно только при условии сохранения более высоких цифр АД. Таким образом почка принимает участие в стабилизации АД на новом более высоком уровне [14].

По результатам Эхо-КГ у пациентов 2 и 3 групп определяются достоверно более высокие ММ ЛЖ, ИММ ЛЖ, чем у лиц с суточной экскрецией натрия до 100 ммоль/сут. Только у них выявляется диастолическая дисфункция ЛЖ. По данным ряда авторов, выраженность гипертрофии левого желудочка коррелирует со средним суточным АД [3]. Повышение АД сопровождается увеличением постнагрузки на ЛЖ. В итоге развивается его гипертрофия как компенсаторная мера на перегрузку [2]. Также существует мнение, что избыток натрия в организме сопровождается развитием более выраженной гипертрофии ЛЖ [16]. Известно, что нарушение эластических свойств миокарда, повышение его жесткости и снижение диастолической растяжимости имеет прямую взаимосвязь с ренин-ангиотензин-альдостероновой системой [7, 15]. Активность ренин-ангиотензинового аппарата определяется главным образом состоянием электролитного баланса организма, преимущественно натрием [17].

Таким образом, нарушение экскреции натрия и воды почками участвует во многих звеньях патогенеза АГ. Именно тест-проба с солевой нагрузкой позволяет выявить пациентов со скрытой недостаточностью экскреторной способности почек на более ранних стадиях заболевания.

Выводы

1. У пациентов с АГ суточная экскреция натрия с мочой до солевой нагрузки превышает референтные значения в 5,6 % случаев.
2. Прирост натрийуреза при пробе с хлоридом натрия достоверно выше у пациентов с АГ и суточной экскрецией натрия с мочой до 100 ммоль/сут.

3. Отсутствие прироста натрийуреза на первые сутки солевой нагрузки наблюдается в 32 % случаев только у больных АГ с суточной экскрецией натрия более 100 ммоль/сут до пробы с хлоридом натрия.
4. У пациентов с АГ и суточной экскрецией натрия более 100 ммоль/сут наблюдается отрицательный водный баланс на первые сутки тест-пробы; только у них встречается отечный синдром.

Литература

1. Барабанова, В.В. Состояние венозной системы и малого круга кровообращения на ранних стадиях развития артериальной гипертензии (клинико-экспериментальные сопоставления) / В.В. Барабанова, Ю.С. Титков, Н.Б. Петрова // Кардиология. – 1991. – № 12. – С. 42–44.
2. Гогин, Е. Е. Гипертоническая болезнь / Е. Е. Гогин. – М., 1997. – С. 110–127, 229–246.
3. Дзяк, Г.В. Артериальная гипертензия и гипертрофия миокарда левого желудочка: роль блокады РААС / Г.В. Дзяк // Здоров'я України. – 2004. – № 24. – С. 17–21.
4. Кишкун, А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики / А.А. Кишкун. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 273 с.
5. Клар, С. Почки и гомеостаз в норме и при патологии / С. Клар. – М. : Медицина, 1987. – С. 38–43.
6. Кушаковский, М.С. Гипертоническая болезнь / М.С. Кушаковский. – СПб. : СОТИС, 1995. – С. 73–83.
7. Мухин, Н.А. Потребление поваренной соли и артериальная гипертензия: время действовать / Н.А. Мухин, В.В. Фомин, Г.П. Арутюнов // Клиническая нефрология. – 2009. – № 4. – С. 4–8.
8. Наточин, Ю.В. Введение в нефрологию / Ю.В. Наточин, Н.А. Мухин. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 17–22.
9. Окороков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Окороков. – М. : Мед. лит., 2004. – Т. 7: Диагностика болезней сердца и сосудов. – С. 36–37.
10. Поселюгина, О.Б. Клинические особенности артериальной гипертонии в зависимости от порога вкусовой чувствительности к поваренной соли / О.Б. Поселюгина // Клин. мед. – 2003. – № 8. – С. 23–25.
11. Рябов, С.И. Диагностика болезней почек / С.И. Рябов, Ю.В. Наточин, Б.Б. Бондаренко. – Л. : Медицина. Ленинградское отделение, 1979. – 171 с.
12. Самсонов, М.А. Справочник врача общей практики / М.А. Самсонов, В.А. Тутельян, Б.П. Суханов. – М. : Эксмо, 2002. – С. 482–528.
13. Тиц, Н.У. Энциклопедия клинических лабораторных тестов / Н.У. Тиц. – М. : Лабинформ, 1997. – С. 347–349.
14. Шулутко, Б.И. Артериальная гипертензия / Б.И. Шулутко. – СПб. : РЕНКОР, 2001. – С. 245–254.
15. Danser, A.H.J. Renin, prorenin, and the putative prorenin receptor / A.H.J. Danser, J. Deinum // Hypertension. – 2005. – Vol. 46. – P. 1069–1076.
16. Frohlich, E.D. Sodium directly impairs target organ function in hypertension / E.D. Frohlich, J. Varagic // Curr. Opin. Cardiol. – 2005. – Vol. 20. – P. 424–429.
17. Somova, L. Pathogenesis of systemic (essential) hypertension in Zimbabwean hypertensive patients I. Humoral factors / L. Somova, J. Mufunda, P. Neil, C. Musabayane // Cent. Afr. J. Med. – 1991. – Vol. 37, № 11. – P. 377–383.
18. Waeber, B. Physiopathology of left ventricular hypertrophy / B. Waeber, R. Weber, H. R. Brunner // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. – 1995. – Vol. 88. – P. 9–14.
19. Weber, K.T. Myocardial fibrosis and the rennin angiotensin aldosterone system / K.T. Weber, C.G. Brilla // J. Cardiovasc. Pharmacol. – 1992. – Vol. 20. – P. 48–54.

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СУТОЧНОЙ ЭКСКРЕЦИЕЙ НАТРИЯ

Н. Л. ЗАКИРОВА

Изучены особенности течения АГ у пациентов с различной суточной экскрецией натрия. Обследованы 54 пациента с эссенциальной АГ 2 и 3 степени без признаков застойной СН и ХПН с различной суточной экскрецией натрия – до 100 ммоль/сут (1 группа), от 100 до 200 ммоль/сут (2 группа), свыше 200 ммоль/сут (3 группа).

Прирост натрийуреза при пробе с хлоридом натрия был достоверно выше у пациентов с АГ и суточной экскрецией натрия до 100 ммоль/сут. Во 2 и 3 группах больных отмечался отрицательный водный баланс, встречались лица с отрицательным натрийурезом как на 1-е, так и на 3-и сутки тест-пробы, что возможно связано с начальными изменениями функции почек и выявлением латентной недостаточности их экскреторной способности.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, суточная экскреция натрия, солевая нагрузка

CLINICAL AND FUNCTIONAL CHARACTERISCTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PATIENTS WITH VARIOUS DAILY SODIUM EXCRETION

ZAKIROVA N. L.

Characteristics of AH in patients with various daily sodium excretion were studied. A total of 54 patients with essential hypertension of 2nd and 3rd level with no signs of congestive HF and CRF and with different daily excretion of sodium were examined. Daily sodium excretion in the 1st group was < 100 mmmol per day, in the 2nd group – 100–200 mmol, in the 3rd group > 200 mmol per day.

The increment of natriuresis in the test with sodium chloride was significantly higher in hypertensive patients with initial daily urinary sodium excretion < 100 mmol. In hypertensive patients with the daily sodium excretion > 100 mmol the negative water balance was evident. A few patients demostrated a negative natriuresis on the first and on the third day. Perhaps this was due to the fact latent failure of renal excretory function.

Key words: arterial hypertension, daily sodium excretion, salt load

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.33-008.6+616.611.018.2-007.17]-053.7

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

М. Ю. Рожкова, Е. А. Лялюкова, Г. И. Нечаева
Омская государственная медицинская академия

Многолетний опыт обследования пациентов с дисплазией соединительной ткани показал высокую частоту распространенности у них патологии органов желудочно-кишечного тракта. По данным разных авторов, она составляет от 50 до 90 % [4]. Заболевания желудочно-кишечного тракта у пациентов с ДСТ отличаются рецидивирующим течением, плохо поддаются традиционной медикаментозной коррекции, что значительно снижает качество жизни в молодом трудоспособном возрасте [1, 8].

Морфологической основой диспластикозависимых изменений органов пищеварения являются генетически детерминированные дефекты метаболизма волокнистых структур и основного вещества соединительной ткани [8], приводящие к удлинению, изгибам органов пищеварительного тракта, формированию висцероптоза, нарушению объемных соотношений и взаимного расположения органов брюшной полости [1].

На фоне приоритетной активности симпатического отдела вегетативной нервной системы [2] данные морфологические феномены определяют снижение двигательной активности гладкой мускулатуры, тонуса сфинктеров, что ведет к развитию гипомоторных дискинезий, дуоденогастральных и гастроэзофагеальных рефлюксов [5, 8].

Однако значение кислотно-пептического фактора, играющего, как правило, основополагающую роль в развитии повреждений слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта [3], в данном патологическом процессе изучено недостаточно.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей кислотопродуцирующей функции желудка у пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы. В одномоментное простое когортное сравнительное исследование было включено 40 пациентов с дисплазией соединительной ткани (основная группа) в возрасте от 18 до 22 лет, 35 мужчин и 5 женщин. Группу сравнения составили 30 пациентов без признаков ДСТ – 27 мужчин и 3 женщины аналогичного возраста.

Пациенты, входящие в обе группы, были сопоставимы по индексу массы тела. Медиана возраста пациентов составила 20 лет (19,0; 22,0, p=0,291), медиана индекса массы тела – 17,26 (16,6; 17,7, p=0,985) кг/м^2. У всех пациентов, входящих в исследование, диагностирована гипотрофия – значение индекса массы тела менее 18 кг/м^2. Частота встречаемости отдельных признаков ДСТ совпадала с данными литературы [1, 3, 4] (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости внешних и внутренних признаков дисплазии соединительной ткани в исследуемой выборке

Признаки	ДСТ		Группа сравнения	
	Абс	%	Абс	%
Воронкообразная деформация грудной клетки	20	38	0	0
Килевидная деформация грудной клетки	12	38	0	0
Сколиоз грудного отдела позвоночника	26	81	11	37
Гиперлордоз поясничного отдела позвоночника	9	28	3	10
Синдром прямой спины	1	3	0	0
Долихостеномелия	27	84	0	0
Арахнодактилия	28	88	0	0
Плоскостопие	2	6	4	14
Гипермобильность суставов	18	56	0	0
Гиперэластичная кожа	13	41	1	4
Варикозное расширение вен	17	53	2	7
Гипотрофия мышц	18	56	5	17
Миопия	21	44	9	30
Пролапс митрального клапана	18	40	7	24
Миксоматозная дегенерация МК	9	20	0	0
Митральная регургитация	9	20	0	0
Пролапс трикуспидального клапана	5	11	0	0
Трикуспидальная регургитация	3	7	0	0
ХВН	11	24	3	10
Гипотония мышц	19	42	0	0
ГЭРБ	12	27	4	14
Гастроптоз	2	27	0	0
Нефроптоз	19	42	6	20
Изгиб и аномалия формы желчного пузыря	10	22	3	10

Наследственных форм ДСТ диагностировано не было.

Критерии включения в исследование: прерывание приема препаратов, влияющих на желудочную кислотопродукцию и добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: заболевания верхних отделов пищеварительного тракта, препятствующие проведению рабочей части pH-метрического зонда в желудок; острые, обострение хронических заболеваний внутренних органов; тяжелая сопутствующая патология (сахарный диабет, онкологические заболевания и др.); злоупотребление алкоголем, лекарственными препаратами, наркотиками в настоящее время или в анамнезе.

Рожкова Мария Юрьевна, аспирант кафедры внутренних болезней и семейной медицины
Омской государственной медицинской академии;
тел.: 89088066309; e-mail: marroj@mail.ru

Лялюкова Елена Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины
Омской государственной медицинской академии;
тел.: 89507886092; e-mail: lyalykova@rambler.ru

Нечаева Галина Ивановна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой внутренних болезней и семейной медицины
Омской государственной медицинской академии;
тел.: 89139788383; e-mail: profnechaeva@yandex.ru

Для дифференцированной оценки клинической симптоматики использована русскоязычная версия опросника GSRS (Gastrointestinal Simptom Rating Scale), разработанного отделом изучения качества жизни ASTRA Hassle и позволяющего в баллах (по семибалльной шкале) отобразить интенсивность проявлений заболевания.

Всем пациентам, участвующим в исследовании, проведено общеклиническое обследование, включающее абдоминальную ультрасонографию и стандартизованную фиброгастродуоденоскопию.

Скрининг внешних и внутренних признаков дисплазии соединительной ткани проводился в соответствии с методическими рекомендациями, разработанными на кафедре внутренних болезней и семейной медицины Омской государственной медицинской академии [4].

Оценка внутрижелудочной кислотности проводилась методом суточной pH-метрии с помощью ацидогастромонитора «Гастроскан-24» (Россия), оценивались следующие показатели (для различных отделов желудка): среднее значение pH, разброс pH относительно среднего значения, индекс соотношения средних величин тело/кардия, процент времени с pH меньше 1,6, процент времени с pH меньше 2 и больше 5.

Описание и статистическая обработка полученных результатов проводились с учетом характера распределения и типа данных. Определение типа распределения изучаемых выборок проводилось по статистическому критерию Шапиро – Уилка. Для сравнения показателей использовались t-критерий Стьюдента, непараметрические методы описательной статистики с определением медианы (Me), нижнего (LQ) и верхнего (HQ) квартилей, критерии Манна – Уитни, Уилкоксона. Для описания качественных признаков применяли относительную частоту (%). Для сравнения зависимых выборок по качественным признакам проводилось построение таблиц сопряженности с расчетом точного критерия Фишера. Для выявления корреляционной зависимости в случае распределения, отличного от нормального, вычислялся коэффициент корреляции рангов Спирмена (r).

Анализ данных проводился с использованием пакета программ Statistica 6.

Результаты. Данные анкетирования с помощью опросника GSRS представлены в таблице 2. В группе пациентов с ДСТ преобладающим оказался диспепсический синдром, сумма баллов которого в 2 раза превышала остальные синдромы и составила 1/3 от общего количества баллов. Синдром абдоминальной боли, рефлюкс-синдром, диарейный синдром были примерно одинаковы по количеству баллов и составили по 1/5 от общей суммы баллов.

У пациентов из группы сравнения преобладающим оказался абдоминальный синдром – сумма баллов более 1/3 от общего количества. Вторым по количеству баллов оказался рефлюкс-синдром ($^1/_4$ часть от общего количества баллов). Остальные синдромы встречались реже.

При анализе результатов анкетирования выявлено статистически значимое преобладание диспепсического синдрома у респондентов с ДСТ в отличие от группы сравнения. По другим синдромам статистически значимых различий не выявлено. У пациентов с ДСТ установлены более высокие значения общего количества баллов опросника GSRS (Z=2,3, p=0,002).

При оценке результатов фиброгастродуоденоскопии у 16 пациентов из 40 с дисплазией соединительной ткани выявлен рефлюкс-гастрит (37,5 %), эритематозно-экссудативный гастрит – только у 7 (18,8 %). В остальных случаях патологических изменений слизистой оболочки желудка не диагностировано. В группе пациентов без ДСТ эритематозно-экссудативный гастрит обнаружен у 13 человек из 30 (43,8 %), и лишь у 2 (6,3 %) – рефлюкс-гастрит. Таким образом, в группе пациентов с ДСТ преобладал рефлюкс-гастрит (p=0,03), в группе без ДСТ – эритематозно-экссудативный гастрит (p=0,04).

Корреляционный анализ результатов фиброгастродуоденоскопии и данных анкетирования обнаружил сильную прямую связь между диспепсическим синдромом и рефлюкс-гастритом у пациентов с дисплазией соединительной ткани (r=0,87, p=0,001).

В таблице 3 представлены показатели суточной pH-метрии. У пациентов с ДСТ средние показатели pH в теле и антральном отделе желудка имеют достоверно более высокие значения, чем в группе сравнения ($p<0,05$), что указывает на снижение в этих отделах кислотности. Процент времени повышения кислотности в антральном отделе менее 2 и в теле желудка менее 1,6 у пациентов с дисплазией соединительной ткани был снижен ($p<0,05$). Однако у больных основной группы обнаружен более высокий разброс значений кислотности в отличие от группы сравнения, в которой выявлены низкие показатели вариабельности значений кислотности в течение суток ($p<0,05$). Анализ показателя тело/кардия, характеризующего ощелачивающую функцию желудка, выявил статистически значимое повышение значений в основной группе ($p<0,05$).

Обсуждение. Полученные данные свидетельствуют о большей выраженности диспепсического синдрома у пациентов с ДСТ, которые чаще предъявляли жалобы на дискомфорт, чувство распирания в эпигастрии, метеоризм. В основе указанных клинических проявлений, в первую очередь, лежат нарушения моторики желудочно-кишечного тракта [7, 8, 9], которые распространены у пациентов с ДСТ [1, 4, 5].

Нами было показано, что у пациентов с ДСТ чаще встречается рефлюкс-гастрит. При этом выявлена его сильная положительная корреляционная связь с диспепсическим синдромом. Показано уменьшение показателей кислотности у пациентов с дисплазией соединительной ткани за счет снижения базальной секреции.

Высокая вариабельность значений показателей кислотности в группе пациентов с ДСТ сочеталась с забросами дуоденального содержимого в желудок, что вызывало снижение интрагастрального уровня pH и повреждение слизистой оболочки желудка компонентами желчи.

Таблица 2

Результаты анкетирования пациентов с ДСТ и группы сравнения по данным опросника GSRS

Синдромы	Пациенты с ДСТ			Группа сравнения			Mann – Whitney U-test	
	Me	HQ	LQ	Me	HQ	LQ	Z	p
Абдоминальный синдром	4,0	2,0	6,0	5,0	2,0	6,0	0,19	0,847
Рефлюкс-синдром	4,0	3,0	6,0	4,0	3,0	5,0	0,02	0,980
Диарейный синдром	3,0	3,0	4,0	2,0	2,0	3,0	0,11	0,230
Диспепсический синдром	8,0	6,0	10,0	3,0	2,0	4,0	2,63	0,009
Констипационный синдром	3,0	3,0	4,0	3,0	3,0	5,0	0,54	0,588
Общее количество баллов	22,0	19,0	29,0	17,0	12,0	23,0	2,38	0,002

Таблица 3

Показатели кислотопродуцирующей функции желудка у пациентов с ДСТ и в группе сравнения

Отдел желудка	Показатель	Пациенты с ДСТ			Группа сравнения			Mann – Whitney U-test	
		Me	HQ	LQ	Me	HQ	LQ	Z	p
Кардиальный отдел	Среднее значение pH	1,5	1,2	3,9	2,0	1,8	2,5	1,41	0,159
	Разброс pH	1,1	0,9	1,5	0,7	0,5	0,8	4,62	0,000
	Индекс тело/кардия	0,9	0,8	1,2	0,5	0,5	0,5	4,22	0,000
Тело	Среднее значение pH	1,7	1,2	2,8	1,0	0,9	1,3	5,23	0,000
	Разброс pH	1,5	0,9	2,0	0,6	0,5	0,8	6,23	0,000
	% pH<1,6	0,5	0,4	0,8	0,7	0,4	0,9	2,21	0,027
Антральный отдел	Среднее значение pH	6,9	1,6	8,0	5	4,5	4,5	3,62	0,000
	Разброс pH	3,6	1,2	4,9	0,5	0,5	0,5	6,43	0,000
	% pH<2	0,7	0,2	0,8	1,2	0,3	2,5	-6,42	0,000
	% pH>5	8,0	5,5	60,0	6,8	4,2	50,0	2,81	0,005

Следствием низкой кислотности является неэффективное пищеварение в результате недостаточного расщепления белков в желудке и нарушение их всасывания в дистальном отделе двенадцатиперстной кишки. Происходит снижение усвоения витамина B_{12}, цинка, железа, магния и других микроэлементов, необходимых для формирования соединительной ткани. Хроническая гипоацидность ведет к развитию дисбиоза, что способствует формированию гипотрофии, изменению гомеостаза и прогредиентному течению дисплазии соединительной ткани.

Заключение. Выявленное снижение желудочной кислотности у пациентов с дисплазией соединительной ткани обусловливает нарушение обмена веществ, способствует развитию гипотрофии и прогредиентному течению ДСТ.

Литература

1. Акимова, М.А. Язвенная болезнь, ассоциированная с дисплазией соединительной ткани: клиника, диагностика : дис. … канд. мед. наук / Акимова М.А. – Омск, 2009. – 140 с.
2. Захаров, С.Н. Состояние вегетативной регуляции у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки / С.Н. Захаров, В.Р. Вебер, Ю.М. Свитич // Клиническая хирургия. – 1982. – № 8. – С. 27–29.
3. Ивашкин, В.Т. Физиологические основы моторно-эвакуаторной функции пищеварительного тракта / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов, И.В. Маев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 5 – С. 4–10.
4. Кадурина, Т.И. Наследственные коллагенопатии: клиника, диагностика, лечение, диспансеризация / Т.И. Кадурина. – СПб. : Невский диалект, 2000. – 272 с.
5. Лялюкова, Е.А. Клиническое наблюдение пациентки с гастропарезом и дисплазией соединительной ткани / Е.А. Лялюкова, М.А. Ливзан // Лечащий врач. – 2011. – № 2. – С. 15–18.
6. Хендерсон, Д. Патофизиология органов пищеварения / Д. Хендерсон. – СПб. : Невский диалект, 1997. – 230 с.
7. Шептулин, А. А. Нарушения двигательной функции желудка и современные возможности их патогенетической терапии / А.А. Шептулин // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – № 5. – С. 49–53.
8. Яковлев, В.М. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани / В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева. – Омск : ОГМА, 1994. – 217 с.
9. Masuda, Y. Ghrelin stimulales gastric acid secre tion and motility in rats / Y. Masuda, T. Tanaka, N. Inomata [et al.] // Biochem. Biophus. Res. Commun. – 2000.

ОСОБЕННОСТИ КИСЛОТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

М. Ю. РОЖКОВА, Е. А. ЛЯЛЮКОВА, Г. И. НЕЧАЕВА

Изучены особенности кислотопродуцирующей функции желудка у 40 пациентов молодого возраста с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) и у 30 пациентов без признаков (ДСТ) в возрасте от 18 до 22 лет.

Выявлена сильная положительная корреляционная связь рефлюкс-гастрита с диспепсическим синдромом (r=0,57; p<0,05) у пациентов с дисплазией соединительной ткани. Доказано уменьшение показателей кислотности (p<0,05) и высокая вариабельность её значений (p<0,05) в течение суток у пациентов с дисплазией соединительной ткани в отличие от группы сравнения (p<0,05). Выявленное снижение желудочной кислотности у пациентов с дисплазией соединительной ткани обусловливает нарушение обмена веществ, гипотрофию, способствует прогредиентному течению ДСТ.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, желудочная секреция, кислотопродуцирующая функция желудка

ACID-FUNCTION FEATURES OF THE STOMACH IN YOUNG PATIENTS WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA.

ROZHKOVA M. YU., LYALYUKOVA E. A., NECHAYEVA G. I.

The features of acid-function of the stomach in 40 young patients with connective tissue dysplasia (CTD) and 30 patients without the evidence of DST at the age from 18 to 22 years are studied.

A strong positive correlation between reflux gastritis with dyspeptic syndrome (r = 0,57; p <0.05) is revealed in patients with connective tissue dysplasia. Decrease of acid value (p <0.05) and high variability of its values (p <0.05) during the day in patients with dysplasia of connective tissue is demonstrated, in contrast to the comparison group (p <0.05). The detected decrease of the gastric acidity in patients with connective tissue dysplasia causes the metabolic disorder, leading to malnutrition, and progressing DST.

Key words: connective tissue dysplasia, gastric secretion, of acidogenic function of the stomach

© Н. М. Бурдули, Д. Я. Тадтаева, 2012
УДК 616.329-002+615.849.19

ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н. М. Бурдули, Д. Я. Тадтаева
Северо-Осетинская государственная медицинская академия

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) в настоящее время занимает лидирующее положение среди патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта [8, 9, 12, 15, 16].

В последние десятилетия отмечается значимый рост числа больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью [8]. Большой интерес к проблеме ГЭРБ связан с существенным влиянием на качество жизни больных и высоким риском развития осложнений, к которым относятся эрозии и язвы, стриктуры пищевода и пищевод Барретта [3].

При изучении состояния вегетативной нервной системы у больных с этим заболеванием получены неоднозначные результаты. Одни авторы указывают на преобладание парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, другие – симпатического [4, 6, 7, 11, 12, 13, 14]. Одной из причин хронизации патологического процесса в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны являются, как полагают, сфинктерные нарушения, проявлением которых является гастроэзофагеальный рефлюкс. В развитии сфинктерных нарушений приоритетная роль отводится дисфункции вегетативной нервной системы [1, 2, 10, 14], что повышает интерес к проблеме вариабельности сердечного ритма при ГЭРБ.

Перспектива использования лазерного излучения низкой интенсивности при патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта показана в ряде экспериментальных работ, однако сведения о клиническом применении лазерного излучения при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта немногочисленны. Практически остается неизученным влияние лазерного излучения на вегетативную регуляцию у больных с ГЭРБ [5, 10].

В этой связи целью настоящего исследования явилось изучение состояния вегетативной нервной системы по данным вариабельности сердечного ритма у больных с ГЭРБ при включении в комплексное лечение внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 95 больных с ГЭРБ, 36 мужчин и 59 женщин, средний возраст 47,2±12,6. Диагноз устанавливался на основании жалоб, данных анамнеза, фиброэзофагогастродуоденоскопии. Для верификации ГЭРБ всем больным проводили 24-часовое мониторирование pH пищевода с помощью аппарата «Гастроскан-ГЭМ» (Россия). Эндоскопически позитивная форма ГЭРБ выявлена у 49 (51,6 %) пациентов, эндоскопически негативная – у 46 (48,4 %) пациента.

Все больные были поделены на 2 группы. В 1 (контрольной) группе (25 человек) для лечения использовалась традиционная медикаментозная терапия (ингибиторы протонной помпы, антациды, прокинетики), больные 2 группы – основной (70 человек) – наряду с медикаментозной терапией получали курс внутривенной лазерной терапии по методике ВЛОК-405. В качестве ингибитора протонной помпы как в основной, так и в контрольной группах использовали ультоп («КРКА», Словения) в дозе 20 мг 2 раза в день. Тримедат («Дэ Хан Нью Фарм Ко. ЛТД», Корея) назначался в обеих группах в дозе 100 мг 3 раза в день. Гевискон («Рекитт Бенкизер Хелскэр Лимитед», Великобритания) использовали как антацидный препарат. Медикаментозная терапия проводилась в течение трех недель как в группе эндоскопически позитивной, так и в группе эндоскопически негативной ГЭРБ. Для внутривенной лазерной терапии использовали аппарат «Матрикс-ВЛОК» («Матрикс», Россия) с длиной волны 0,405 мкм, выходной мощностью на торце магистрального световода 1–1,5 мВт в непрерывном режиме излучения, курс внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) состоял из 10 ежедневных процедур, однократное время экспозиции – 15 минут.

Вариабельность сердечного ритма исследовали при помощи аппарата «Полиспектр 8» фирмы «Нейрософт» (Россия). Обследование больных проводили утром в первый-второй день госпитализации и через 10–12 дней после окончания курса лазерной терапии. Данные были обработаны методом вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ Microsoft Excel, 2003.

Результаты и обсуждение. Как видно из рисунка 1, в основной группе до лечения симпатический тип вегетативной нервной системы (ВНС) отмечался у 45 (64 %) больных, парасимпатический тип – у 13 (19 %), изначально сбалансированный тип – у 12 (17 %) пациентов. После лечения в основной группе доля сбалансированного типа ВНС возросла до 70 % (49 больных) за счет перехода большей части симпатикотонии и в меньшей – парасимпатикотонии в эйтонию. Симпатикотония после лечения была выявлена у 21 % (15 больных), парасимпатикотония – у 9 % (6 больных).

Среди пациентов контрольной группы (рис. 2) симпатический тип ВНС также преобладал и отмечался у 11 (44 %) больных, парасимпатический – у 5 (20 %) больных, и сбалансированный тип – у 9 (36 %) больных ГЭРБ. После лечения в этой группе больных достоверных изменений в типах регуляции вегетативной нервной системы не отмечено. Доля сбалансированного типа ВНС осталась прежней – 36 % (9 больных), произошла трансформация у одного из больных парасимпатикотонии в симпатикотонию, которая в целом составила 48 % (12 больных), парасимпатикотония наблюдалась у 16 % (4 пациентов).

Бурдули Николай Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой терапии с общей врачебной практикой (семейной медицины) ФПДО Северо-Осетинской государственной медицинской академии; e-mail: burduli@yandex.ru

Тадтаева Диана Яковлевна, очный аспирант кафедры терапии с общей врачебной практикой (семейной медицины) ФПДО Северо-Осетинской государственной медицинской академии; тел.: 89280653955; e-mail: zalina_coral@mail.ru

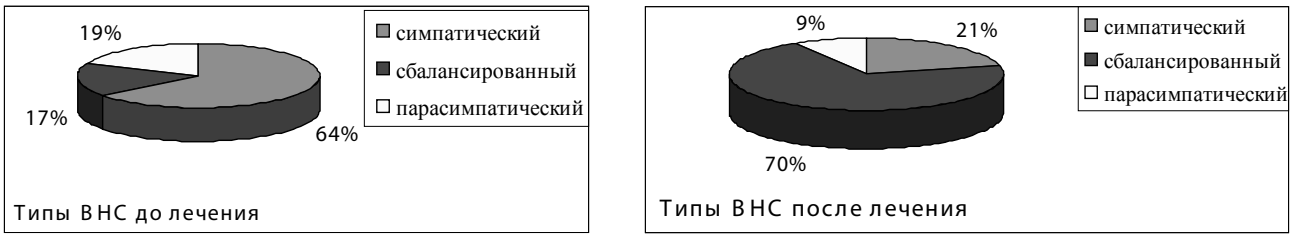


Рис. 1. Распределение типов ВНС в основной группе до и после лечения у больных ГЭРБ

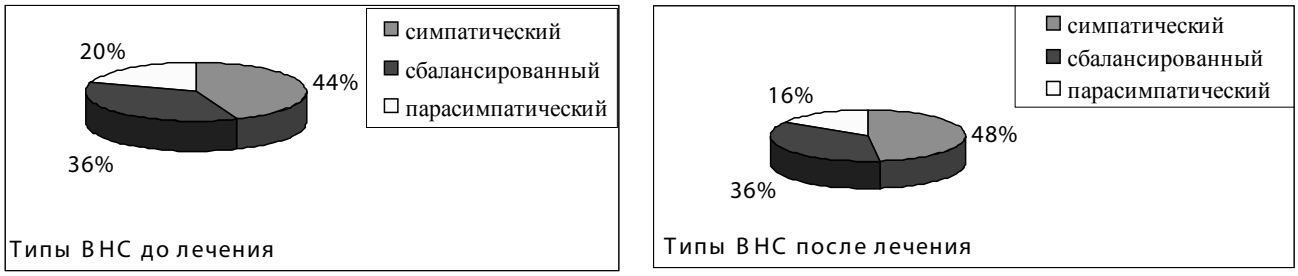


Рис. 2. Распределение типов ВНС в контрольной группе до и после лечения у больных ГЭРБ

Динамика вариабельности сердечного ритма у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью в процессе лечения представлена в таблице.

Как следует из таблицы, до лечения показатель SDNN, отражающий суммарный эффект вегетативной регуляции кровообращения, в основной и контрольной группах достоверно не различался. При этом в обеих группах больных с исходной симпатикотонией в положении лежа было отмечено недостоверное снижение данного показателя по сравнению с нормой, что связано с усилением симпатической регуляции, которая подавляет активность автономного контура. У пациентов основной и контрольной групп с исходной парасимпатикотонией в положении стоя отмечалось повышение SDNN, что свидетельствует об увеличении влияния дыхания на сердечную деятельность.

У больных с исходной парасимпатикотонией показатель RMSSD (активность парасимпатического звена вегетативной регуляции) и в основной, и в контрольной группах был достоверно повышен, а после ортостатической пробы – снижался.

Таблица

Динамика показателей вариабельности сердечного ритма у пациентов ГЭРБ в процессе лечения

Изучаемые показатели	Норма	Основная группа						Контрольная группа					
		Симпатикотония		Парасимпатикотония		Эйтония		Симпатикотония		Парасимпатикотония		Эйтония	
		лежа	стоя	лежа	стоя	лежа	стоя	лежа	стоя	лежа	стоя	лежа	стоя
		до леч.[1]	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.	до леч.
		после[1]	после	после	после	после	после	после	после	после	после	после	после
SDNN, мс	60±20	33±8	90±9	85±6	90±10	80±10	50±9	40±8	75±10	68±3	98±5$^{\#}$	59±8	60±15
		57±7*	51±17**	75±10	60±5**	62±6	54±5	42±6	39±5**	54±10	84±14	57±5	43±3
RMSSD, мс	35±15	30±5	24±6	70±4$^{\#\#\#}$	60±6	92±12$^{\#\#}$	38±6	32±8	29±7	62±6$^{\#}$	38±7	65±11	30±9
		51±8*	35±7	50±8*	45±5	57±3**	31±4	34±3	24±4*	64±9	28±6	48±6	29±8
HF, %	20±5	10±4	13±5	51±7$^{\#\#}$	45±7$^{\#\#}$	32±4$^{\#}$	15±4	10±8	8±6	34±9	31±11	31±8	18±7
		25±6*	18±4	33±5*	29±3*	32±9	15±6	15±7	13±4	56±6*	20±6	28±9	14±5
LF, %	28±13	52±5$^{\#}$	55±5$^{\#}$	18±5	23±10	37±7	46±9	43±4	42±8	23±5	40±13	34±4	44±9
		34±7*	39±5*	22±6	19±6	33±9	42±7	40±9	42±10	42±8*	32±1	41±5	43±9
VLF, %	23±8	41±5$^{\#}$	43±5$^{\#}$	44±7$^{\#\#\#}$	42±8	31±8	50±5$^{\#\#}$	38±9	35±9	44±1$^{\#\#}$	50±2$^{\#\#}$	36±10	38±7
		30±6	38±7	27±4*	32±4	36±7	44±8	34±6	44±6	18±9**	35±7*	31±7	42±3
ИН, усл. ед.	115±35	151±15	235±60$^{\#}$	129±25	215±57	67±10	125±10	126±25	90±30	86±14	130±56	84±22	121±44
		99±7**	110±15*	73±9*	209±72	55±5	101±12	108±15	178±45*	147±15**	334±80*	74±8	139±48
ИЦ	1,9±0,6	4±0,6$^{\#\#}$	6±0,7$^{\#\#\#\#}$	1±0,01	2±0,01	1,5±0,1	4±0,7$^{\#\#\#}$	3±0,5	3±0,7	1±0,01	2±0,1	2±0,5	5±1$^{\#\#}$
		2±0,1**	4±0,2**	1,5±0,01***	2±0,01***	1,9±0,5	3±0,2	2±0,1*	5±1	7±1,2***	5±1,4*	2±0,7	7±1

$^{\#}$p< 0,1, $^{\#\#}$p<0,01, $^{\#\#\#}$p<0,05, $^{\#\#\#\#}$ p<0,001 по сравнению с группой здоровых;
*p<0,05, **p<0,01, ***p< 0,001 различия до и после лечения в пределах одной группы;
1 – в числителе отражены значения до лечения, в знаменателе – после лечения.

Показатель HF, отражающий относительный уровень активности парасимпатического звена регуляции, у пациентов с симпатикотонией в обеих группах был ниже нормальных величин. Снижение данного показателя до 8–10 % указывает на смещение вегетативного баланса в сторону преобладания симпатических влияний. В основной группе с парасимпатикотонией, наоборот, происходил рост этого показателя, в контрольной – достоверного подъема HF не наблюдалось.

Показатель, отражающий уровень активности подкоркового симпатического сосудистого центра (LF), у пациентов с симпатикотонией до лечения был повышен в обеих группах.

Относительный уровень активности энергометаболического звена регуляции отражает такой показатель, как VLF, который у всех исследуемых пациентов исходно был повышен, что может быть расценено как гиперадаптивное состояние.

Состояние центрального контура регуляции и активность механизмов симпатической регуляции характеризуют индекс напряжения регуляторных систем (ИН). У исследуемых больных ИН был в пределах нормы в покое и нарастал при проведении ортостатической пробы.

Индекс централизации, или индекс вегетативного баланса, отражающий степень преобладания активности центрального контура регуляции над автономным, у больных с симпатикотонией в обеих группах исходно превышал нормальные значения в покое, при проведении же ортостатической пробы он нарастал в несколько раз, достоверно отличаясь от нормальных величин в основной группе и не изменялся – в контрольной.

В основной группе больных с симпатикотонией после лечения отмечалась нормализация показателя SDNN. В контрольной группе этот показатель достоверно изменялся, не достигая нормы, лишь при проведении ортостатической пробы. У больных основной группы с парасимпатикотонией показатель SDNN после лечения также достоверно изменялся, тогда как в контрольной группе с парасимпатикотонией снижение было статистически недостоверным.

Достоверное увеличение после лечения показателя RMSSD у больных основной группы с симпатикотонией свидетельствует о нарастании активности парасимпатического звена регуляции в покое.

У больных с исходной парасимпатикотонией и эйтонией после лечения активность парасимпатического звена регуляции достоверно уменьшалась. При проведении ортостатической пробы в основной группе после лечения независимо от исходного типа вегетативной регуляции выявлены нормальные значения RMSSD, что указывает на адекватность реагирования парасимпатического контура регуляции.

Иная картина отмечена в контрольной группе, в которой достоверных изменений показателя RMSSD после лечения не произошло, за исключением больных с исходной симпатикотонией и достоверным снижением RMSSD в положении стоя.

После лечения у больных основной группы с симпатикотонией в положении лежа активность парасимпатического звена вегетативной регуляции, определяемая по мощности спектра дыхательных волн HF, достигала нормальных величин, а в положении стоя приближалась к нормальным значениям. У больных с парасимпатикотонией установлено достоверное снижение показателя HF как в положении лежа, так и положении стоя, не достигающее, однако, нормальных значений.

В контрольной группе после лечения изменение показателя HF носило статистически недостоверный характер, за исключением случаев с исходной парасимпатикотонией, при которых после лечения отмечалось достоверное возрастание HF.

У больных основной группы с симпатикотонией после лечения уровень относительной активности подкоркового вазомоторного центра (LF) достоверно снизился (до нормальных значений). У больных с парасимпатикотонией и эйтонией достоверных изменений LF с исходным уровнем не отмечено.

В контрольной группе после лечения динамики LF по сравнению с исходными данными не обнаружено.

Колебания VLF тесно связаны с психоэмоциональным напряжением и функциональным состоянием коры головного мозга. В основной группе у больных с симпатикотонией и парасимпатикотонией после лечения показатель VLF снизился до нормы, тогда как в контрольной группе нормализация показателя VLF произошла только в группе с парасимпатикотонией.

Индекс централизации (ИЦ) у всех больных основной группы после лечения достоверно снизился до нормальных значений. В контрольной группе у пациентов с парасимпатикотонией отмечалось его достоверное возрастание. В случаях с исходной симпатикотонией выявлены разнонаправленные сдвиги ИЦ после лечения. Так, в положении лежа определялось достоверное снижение, а в положении стоя – возрастание, что свидетельствует о сохраняющемся дисбалансе вегетативной нервной системы.

Сопоставление динамики основного симптома болезни – изжоги с выраженностью и характером вегетативной дисфункции показало, что у 9 человек (11 %) с постоянной мучительной изжогой выявлено преобладание активности симпатического отдела вегетативной регуляции, а текущее функциональное состояние, по данным спектрального анализа, расценивалось как резко сниженное. У 23 больных (28 %), которые испытывали изжогу до 3 раз в день, баланс отделов вегетативной нервной системы характеризовался преобладанием активности симпатического отдела, а текущее функциональное состояние оценивалось как значительно сниженное. У остальных 50 больных (61 %), у которых изжога появлялась до 7 раз в неделю, баланс отделов вегетативной нервной системы характеризовался преобладанием активности симпатического отдела, а текущее функциональное состояние было оценено как удовлетворительное.

При исследовании вариабельности сердечного ритма после лечения в основной группе больных, ранее испытывающих постоянную изжогу, произошел сдвиг баланса вегетативной регуляции в сторону снижения активности симпатического отдела ВНС, а текущее функциональное состояние оценивалось как удовлетворительное. В этой же группе больных с более редким проявлением изжоги баланс отделов вегетативной нервной системы характеризовался смешанным (сбалансированным) типом вегетативной регуляции, а текущее функциональное состояние оценивалось как хорошее.

В контрольной группе пациентов после лечения отмечалась лишь тенденция к снижению активности симпатического отдела ВНС, а по данным спектрального анализа – ни у одного из больных хорошего функционального состояния не наблюдалось.

Таким образом, включение внутривенного лазерного облучения крови в комплексное лечение ГЭРБ

способствует более раннему купированию одного из основного клинического симптома ГЭРБ – изжоги и улучшению качества жизни.

Заключение. Полученные нами данные свидетельствуют, что среди обследованных больных с ГЭРБ преобладал симпатический тип вегетативной нервной системы, что может являться одним из патогенетических звеньев в развитии данного заболевания. Включение ВЛОК в комплексную терапию ГЭРБ сопровождается более ранним исчезновением изжоги, а также достоверным улучшением показателей вариабельности сердечного ритма. Коррекция вегетативного статуса происходит за счет нормализации активности подкоркового вазомоторного центра и улучшения адаптивных возможностей организма.

Литература

1. Баевский, Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний / Р.М. Баевский. – М. : Медицина, 1997. – 235 с.
2. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Р.М. Баевский. – М. : Наука, 1984. – 221 с.
3. Васильев, Ю.В. Пищевод Барретта и аденокарцинома пищевода / Ю.В. Васильев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2007. – № 2. – С. 65–73.
4. Волкова, Т.А. Влияние типа вегетативного реагирования на характер гастродуоденальной патологии / Т.А. Волкова, Д.И. Захарченко // Вопросы педиатрии. – Ярославль, 1995. – 74 с.
5. Гейниц, А.В. Внутривенное лазерное облучение крови / А.В. Гейниц, С.В. Москвин, А.А. Ачилов. – М. – Тверь : ООО «Триада», 2008. – 144 с.
6. Дроздова, М.С. Показатели натощаковой и постпрандиальной вегетативной реактивности при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / М.С. Дроздова, Л.М. Немцов// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2006. – № 5. – С. 17–22.
7. Дудников, Э.В. Роль вегетативной нервной системы в патологии желудочно-кишечного тракта / Э.В. Дудников, С.Х. Домбаян // Южно-Российский медицинский журнал. – 2001. – № 5–6. – С. 24–27.
8. Зверева, С.И. Распространенность и особенности клинических проявлений гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в республике Мордовия (по данным исследования «МЭГРЕ») / С.И. Зверева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 9. – С. 9–14.
9. Ивашкин, В.Т. Болезни пищевода. Патологическая физиология, клиника, диагностика, лечение / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. – М. : Триада-Х, 2000. – 180 с.
10. Москвин, С.В. Современная лазерная медицина. Теория и практика / С.В. Москвин. – М. : 2007. – 148 с.
11. Решетилов, Ю.И. Состояние вегетативной нервной системы и гастродуоденальная моторика / Ю.И. Решетилов // Врач. дело. – 1990. – С. 61–64.
12. Саблин, О.А. ГЭРБ и её внепищеводные проявления: клинико- диагностическое значение двигательных дисфункций верхних отделов пищеварительного тракта : автореф. дис. … д-ра мед. наук / Саблин О.А. – СПб., 2004. – 29 с.
13. Сазонова, Е.А. Немедикаментозная коррекция вегетативной дисфункции в разных возрастных группах : автореф. дис. … канд. мед. наук / Сазонова Е.А. – Оренбург, 2007. – 24 с.
14. Самарина, О.В. Клиническое значение нейровегетативных и психоэмоциональных изменений у детей с гастродуоденитом и сочетанными сфинктерными нарушениями для обоснования тактики лечения : автореф. дис. … канд. мед. наук / Самарина, О.В. – М., 1996. – 23 с.
15. Ткаченко, Е.И. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: патогенетические основы дифференциальной тактики лечения / Е.И. Ткаченко, Ю.Н. Успенский, А.Е. Каратеева и др. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2009. – № 2. – С. 104–112.
16. Циммерман, Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы / Я.С. Циммерман. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 416 с.

ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Н. М. БУРДУЛИ, Д. Я. ТАДТАЕВА

Изучено влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на показатели вариабельности сердечного ритма у 95 больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) в возрасте от 19 до 79 лет. 70 пациентам осуществлялся десятидневный курс внутривенной лазерной терапии с помощью аппарата лазерной терапии «Матрикс-ВЛОК» («Матрикс», Россия) с длиной волны 0,405 мкм, мощностью излучения на выходе из магистрального световода 1–1,5 мВ, непрерывный режим излучения. Полученные данные свидетельствовали об улучшении показателей вариабельности сердечного ритма на фоне лазерной терапии.

Ключевые слова: гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, вариабельность сердечного ритма, лазерная терапия

DYNAMICS OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE UNDER THE INFLUENCE OF LASER THERAPY

BURDULI N. M., TADTAEVA D. Y.

The study of low-intensity laser therapy effect on heart rate variability in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) was performed in 95 patients aged 19 to 79 years. 70 patients has undergone 10-days course of intravenous laser therapy by «Matrix-VLOK» equipment (“Matrix”, Russia) with a wavelength 0,405 mkm, the radiation power at the exit of the optical fiber backbone 1-1.5 mV, continuous wave radiation. The data obtained has showed improvement of heart rate variability after laser therapy course.

Key words: gastroesophageal reflux disease, heart rate variability, laser therapy

© Н. А. Рубанова, 2012
УДК 616-0716616-056.7:616-007.17:611-018.2

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Н. А. Рубанова
Министерство здравоохранения Ставропольского края

Система оптимизации диагностического процесса должна соответствовать сложности изучаемого объекта, т. е. принципу необходимого разнообразия и дополнительности. К основным направлениям оптимизации методологии диагностического процесса наследственных дисплазий соединительной ткани (ДСТ) относятся: стандартизация, алгоритмизация, методология дифференцированной оценки, анализа и интерпретации результатов клинико-генетического и информационного исследования, искусство общения «врач – пациент», т. е. основы современного консультирования в условиях клиники и амбулаторно-поликлинического звена практического здравоохранения [3, 4].

Одной из основополагающих составляющих оптимизации диагностического процесса является принцип научной обоснованности, т. е. чтобы все врачебные действия опирались на научные методические и методологические подходы. Этот принцип предполагает обращение к медицине, основанной на доказательствах [1, 4].

В номенклатуре генетически детерминированных заболеваний в последние годы появились новые нозологии, требующие проведения дифференциальной диагностики с синдромом Марфана. В связи с этим многие наследуемые синдромы, близкие по своим внешним проявлениям к синдрому Марфана, имеют общие закономерности нарушения биологии развития соединительной ткани и генетически детерминированных фенотипов и клинических синдромов, таких как синдром Луиса – Дитца [2], семейная аневризма аорты, MASS-фенотип, семейный пролапс митрального клапана. Именно патогенетическая общность генетически детерминированных нарушений биологии развития соединительной ткани определяет степень выраженности фенотипических и клинических синдромов сердечно-сосудистой системы и скелетных системных проявлений наследственной дисплазии соединительной ткани. При этом число сочетаний различных значений признаков, позволяющих описать фенотип индивида, бесконечно, однако для описания состояния соединительной ткани и ее нарушений используется несколько десятков внешних и висцеральных признаков или, как их еще можно называть, стигм дизэмбриогенеза [2, 5, 7]. Часть этих признаков имеет качественный описательный характер проявлений системной наследственной дисплазии соединительной ткани, что дает основание рассматривать их с позиций клеточно-тканевого костно-висцерального континуума.

Таким образом, в соединительнотканном пространстве наследственные признаки могут принимать различные значения и возможно бесконечное количество комбинаций для диагностики наследственной системной дисплазии соединительной ткани. Все это и составляет пространственный фенотипический континуум, в котором существует бесконечное разнообразие фенотипов, а наследуемые нарушения могут быть представлены либо единичным патологическим признаком, либо различными их комбинациями.

Рубанова Наталья Андреевна, главный специалист отдела медицинской помощи взрослому населению министерства здравоохранения Ставропольского края; тел.: (8652)265805; e-mail: Rubanova1704@mail.ru

Цель исследования: разработать модель алгоритмизации генетически детерминированных наследственных дисплазий соединительной ткани, которая представлена методологией дифференциальной диагностики синдрома Марфана и сходных с ним фенотипических и клинических синдромов.

Алгоритмизация клинико-генетической методологии дифференциальной диагностики генетически детерминированной дисплазии соединительной ткани

Построение алгоритмов, описывающих реальные процессы, связывается обычно с двумя задачами: нахождением эффективных методов получения и обработки информации и дифференцированной оценкой процессов функционирования систем генетически детерминированной дисплазии соединительной ткани, как наиболее реального и достоверного из известных синдромов. Дифференцированные формы ДСТ представляют собой довольно обширную группу моногенных наследственных заболеваний, к которым относят синдром Марфана, синдром Элерса – Данло, несовершенный остеогенез, синдром Стиклера, синдром Альпорта, буллезный эпидермолиз и др.

В настоящее время в практической медицине широко используются международные рекомендации по диагностике синдрома Марфана и Элерса – Данло. Врач первичного звена должен быть знаком с данными критериями для того, чтобы своевременно оценить выраженность признаков ДСТ, заподозрить наличие наследственного заболевания и направить пациента на медико-генетическую консультацию.

Представленная ниже модифицированная логико-структурная схема «Алгоритм дифференциальной диагностики генетически детерминированных наследственных ДСТ» (Malfait F. et al., 2006) дает возможность врачу первичного звена дифференцированно определиться с клинико-генетическим диагнозом.

Фенотипические и клинические признаки и синдромы генетически дифференцированной дисплазии соединительной ткани, выявленные при первой встрече с пациентом, обязывают практического врача направить его на медико-генетическую консультацию для молекулярно-генетического, иммуногистохимического и других специализированных исследований, позволяющих обосновать клинико-генетический диагноз.

Модифицированный алгоритм диагностики основных классифицируемых (генетически дифференцированных) наследственных дисплазий соединительной ткани представлен на рисунке 1.

У лиц в возрасте моложе 20 следует проводить дифференциальную диагностику трех основных альтернативных диагнозов: синдром эктопии хрусталика (СЭХ), MASS-фенотип (миопия, пролапс митрального клапана, пограничное ($Z<2$) увеличение корня аорты, кожные и костные проявления) и синдром пролапса митрального клапана. В таблице 1 приведен перечень состояний, которые следует дифференцировать, при отсутствии критериев, достаточных для диагностики синдрома Марфана.

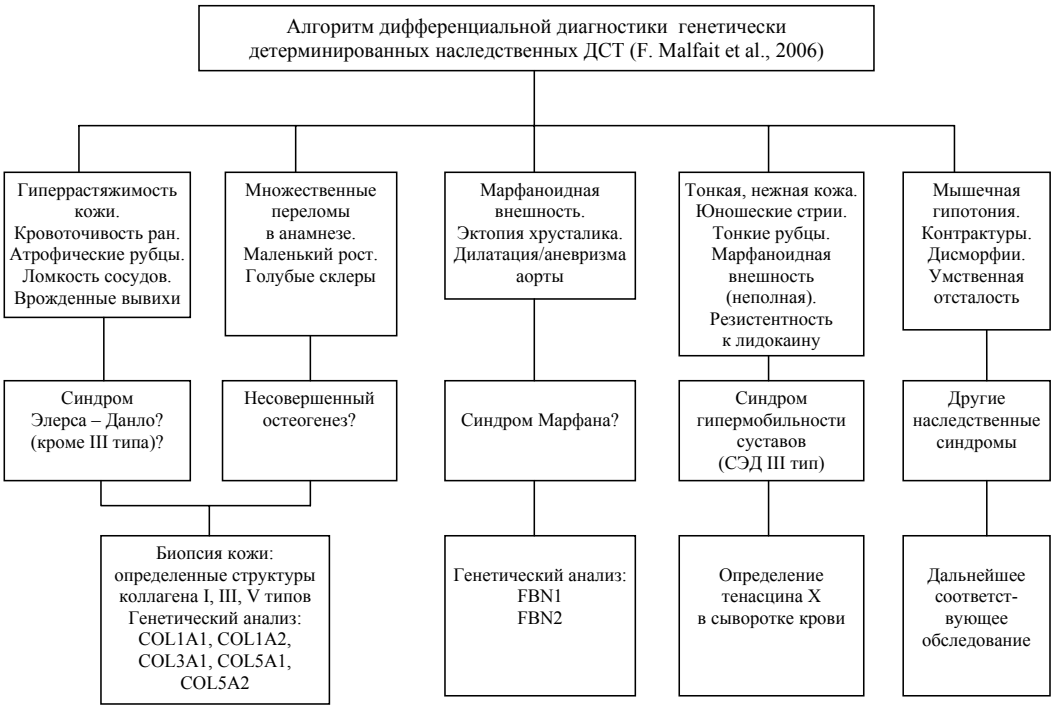


Рис. Модифицированный алгоритм диагностики основных классифицируемых (генетически дифференцированных) наследственных дисплазий соединительной ткани

Таблица 1

Алгоритмы диагностики состояний, близких синдрому Марфана, которые следует выделять во избежание его гипердиагностики

Название	Особые условия	Алгоритм
Вероятный синдром Марфана	До 20 лет, спорадическая или семейная мутация FBN1	Z критерий <3,0
Неспецифическое нарушение соединительной ткани	До 20 лет в отсутствие мутации FBN1	СВСТ (<7) и/или показатель корня аорты (Z<3,0)
MASS-фенотип	Старше >20	СВСТ (≥5) и/или показатель корня аорты (Z<2,0)
Синдром ПМК*	Старше >20	Сочетание ПМК с признаками СВСТ (количество баллов <5)

*По мнению членов Комитета экспертов ВНОК диагностика синдрома ПМК не должна основываться на расчете количества баллов СВСТ.

Как видно из представленной таблицы, границы между такими состояниями, как MASS-фенотип и синдром ПМК, весьма условны, так как оба диагноза предполагают отсутствие значимого расширения аорты при наличии ПМК, а избранная граница для оценки выраженности системного вовлечения соединительной ткани в 5 баллов не может быть признана надежным признаком для дифференциальной диагностики этих состояний.

Необходимо помнить и о наследственных нарушениях биологии развития соединительной ткани, имеющих сходные с синдромом Марфана клинические проявления, но более серьезный прогноз. Речь прежде всего идет о синдроме Луиса – Дитца, сосудистом типе синдрома Элерса – Данло и синдроме извитости артерий.

Сходные с синдромом Марфана клинические проявления имеют также другие синдромы, перечень которых представлен в таблице 2.

Среди всех наследственных нарушений биологии развития соединительной ткани, требующих проведения дифференциального диагноза с синдромом Марфана, особого внимания заслуживает синдром Луиса – Дитца. Последний характеризуется более агрессивным течением, нежели синдром Марфана. Дело в том, что при синдроме Луиса – Дитца расслоение аорты часто возникает в более молодом возрасте или при меньших размерах аорты (<40 мм), чем при синдроме Марфана, а частота возникновения связанных с беременностью осложнений особенно высока. Таким образом, рассмотрение синдрома Марфана и других вариантов нарушения биологии развития соединительной ткани, требующих дифференциальной диагностики с этим заболеванием с позиций сердечно-сосудистого континуума, дает возможность понять и прогнозировать осложнения сердечно-сосудистой системы и планировать стратегию ведения таких больных.

Ведение таких больных требует от практического врача не только выбора консервативного или оперативного лечения, но ближайшего и отдаленного прогнозирования. Необходимость понимания данной проблемы: расширение аорты, равно как пролапс митрального клапана, а также другие нарушения биологии развития клапанных структур, связанных с соединительнотканной дисплазией сердца, – это динамический процесс, и отсутствие признаков значимого расширения аорты, выраженной митральной регургитации или падения фракции выброса не дает оснований для отказа от динамического наблюдения за больным с подозрением на наличие наследственного нарушения биологии развития соединительной ткани [2, 6]. Речь идет об обязательном ежегодном ЭхоКГ обследовании для тех пациентов, у которых ширина аорты не достигла 45 мм. Обследование с частотой не менее одного раза в полгода должно проводиться у пациентов с диаметром аорты 45 мм и более или при выявлении высоких темпов нарастания патологических изменений (речь идет об увеличении диаметра аорты на 0,5 см и более в год). Должны вызывать

Таблица 2

Методология дифференциальной диагностики синдрома Марфана и других генетически детерминированных форм дисплазий соединительной ткани

Дифференциальный диагноз	Ген	Отличительные признаки
Синдром Луиса – Дитца	TGFBR1/2	Расщепление язычка/ расщепление нёба, извитость сосудов, гипертелоризм, диффузные аневризмы аорты и артерий, краниосиностоз, косолапость, нестабильность шейного отдела позвоночника, тонкая и бархатистая, легко травмируемая кожа
Синдром Шпринцена – Гольдберга	FBN1 и другие	Краниосиностоз, задержка умственного развития
Врожденная контрактурная арахнодактилия	FBN2	«Мятые» уши, контрактурные изменения суставов
Синдром Вейла – Марчезани	FBN1 и ADAMTS10	Микро- и сферофакия, брахидактилия, тугоподвижность суставов
Синдром эктопии хрусталика	FBN1 LTBP2 ADAMTSL4	Отсутствуют признаки дилатации корня аорты
Гомоцистинурия	CBS	Тромбозы, задержка умственного развития
Семейный синдром аневризмы торакального отдела аорты (ССАТОА)	TGFBR1/2, ACTA2	Отсутствуют марфаноидные костные признаки, флоккулы радужки, ретикулярное ливедо
ССАТОА с бикуспидальным аортальным клапаном		
ССАТОА с открытым артериальным протоком	MYH11	
Синдром извитости артерий	SLC2A10	Генерализированная извитость артерий, стенозы артерий, лицевые дизморфии
Синдром Элерса – Данло (сосудистого, артрохолатического, кифосколиотического типов)	COL3A1, COL1A2, PLOD1	Аневризма артерий среднего калибра, тяжелая степень клапанной недостаточности, просвечивающая кожа, истонченные рубцы, характерные черты лица

тревогу и появившиеся симптомы гемодинамически значимой аортальной и/или митральной регургитации, а также снижение фракции выброса. Стандартом терапии для предотвращения осложнений со стороны аорты при синдроме Марфана остаются β-блокаторы, которые должны назначаться всем пациентам с данным синдромом, включая детей, а также больным с диаметрами корня аорты <40 мм, за исключением случаев, когда имеются противопоказания. Дозировка β-блокаторов должна титроваться до появления признаков влияния на частоту сердечных сокращений при субмаксимальной физической нагрузке.

Заключение. Оптимизация методологии диагностики наследственных нарушений биологии развития соединительной ткани позволяет практическому врачу первичного звена и клиницисту на современном уровне с использованием метода алгоритмизации решать вопросы дифференцированной оценки генетически детерминированных синдромов и сходных с ними недифференцированных вариантов соединительнотканной дисплазии. Своевременно решать вопросы по тактике ведения, лечению и профилактике пациентов с наследственной дисплазией соединительной ткани.

Литература

1. Василенко, В.Х. Введение в клинику внутренних болезней / В.Х. Василенко. – М. : Медицина, 1985. – 253 с.
2. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб. : Элби-СПб., 2009. – 704 с.
3. Стародубов, В.И. Клиническое управление: теория и практика / В.И. Стародубов, Т.К. Луговкина. – М. : Медицина, 2003. – 192 с.
4. Тавровский, В.М. Лечебно-диагностический процесс: Теория. Алгоритмы. Автоматизация / В.М. Тавровский. – Тюмень, 1997. – 320 с.
5. Яковлев, В.М. Кардио-респираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани / В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева. – Омск, 1994. – 218 с.
6. Яковлев, В.М. Клинико-генетическая диагностика соединительнотканных костных дисплазий / В.М. Яковлев, Е.Г. Бакулина. – Ставрополь, 2009. – 158 с.
7. Яковлев, В.М. Основы клинической диагностики дисплазии соединительной ткани / В.М. Яковлев, Г.И. Нечаева, Е.Г. Бакулина. – Ставрополь : АГРУС, 2011. – 408 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОЛОГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА НАСЛЕДСТВЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Н. А. РУБАНОВА

Диагностика наследственной дисплазии соединительной ткани в условиях первичного звена и стационара довольно сложная и трудно решаемая задача. Одной из основополагающих составляющих оптимизации диагностического процесса является принцип научной обоснованности. Этот принцип предполагает обращение к медицине, основанной на доказательствах. В условиях ограниченного финансирования основным компонентом диагностического процесса является методология оптимизации системы диагностического процесса, использующая корректные и рациональные врачебные действия, современные аппаратные и информационные технологии.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани, диагностика, оптимизация методологии диагностического процесса

OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSTIC PROCESS METHODOLOGY OF HEREDITARY CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

RUBANOVA N. A.

Diagnosis of hereditary connective tissue dysplasia in the conditions of primary care unit and hospital is quite complicated and intractable task. The most promising direction of the solution of this problem is the optimization of the methods and methodology of the diagnostic process. One of the fundamental components of the optimization of the diagnostic process is the principle of scientific validity. This principle implies an appeal to medicine based on evidence. In conditions of strictly limited financing of the Russian clinical practice the main component of the diagnostic process is the methodology of optimization of the diagnostic process system, using the correct and rational medical actions, modern hardware and information technologies.

Key words: dysplasia of connective tissue, diagnostics, optimization of the diagnostic process methodology

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616-053.9:616.17-089

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

А. П. Попов,[1] М. В. Гаспарян,[2] А. М. Шахназарян [1]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи

Проблема церебрального ишемического инсульта сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой развития, высоким процентом инвалидизации и смертности [5]. В подавляющем большинстве случаев (до 80 %) в основе ишемических инсультов лежит экстракраниальная каротидная патология, обусловленная нарушением проходимости магистральных артерий головного мозга [3].

Частота инсультов возрастает более чем вдвое каждые 10 лет после достижения 55-летнего возраста [11]. У лиц старше 80 лет она в 30 раз выше, чем у пятидесятилетних [9,16]. Со старением населения возрастает количество пациентов с последствиями инсульта, что одновременно означает увеличение затрат на здравоохранение [4]. С изменением демографической обстановки и увеличением продолжительности жизни населения все большее число гериатрических пациентов рассматриваются как кандидаты к выполнению каротидной эндартерэктомии (КЭ) [7].

В 1991 г. были опубликованы результаты международных мультицентровых рандомизированных исследований, которые продемонстрировали приоритет и безопасность хирургического лечения гемодинамически значимых каротидных стенозов в профилактике острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по сравнению с консервативной терапией [1, 10, 12, 13]. Однако группы пациентов, показания к операции тщательно ограничивались, а старческий возраст и вовсе являлся критерием исключения [7].

По данным ряда авторов, необходимость активного хирургического подхода к лечению стенозов сонных артерий у пациентов пожилого и старческого возраста остается спорной ввиду высокой частоты сопутствующих заболеваний и риска периоперационных инсультов и летального исхода [8]. Другие исследователи не выявили нарастания числа осложнений и летальных исходов у гериатрических пациентов, подвергавшихся КЭ. Ими отмечено, что не должно быть отказа в операции только на основании возраста и результатов сравнения с более молодыми пациентами [14,15].

Отличительной особенностью гериатрических больных является высокая распространенность сопутствующих заболеваний жизненно важных систем. У лиц пожилого и старческого возраста снижена активность общих адаптационных механизмов, что повышает операционный риск [2, 6]. В соответствии с этим сложились объективные предпосылки к обоснованию тактики хирургического лечения стенозов сонных артерий у пациентов пожилого и старческого возраста.

Цель настоящего исследования: оценить безопасность и непосредственные результаты реконструктивных операций на сонных артериях при атеросклеротических стенозах, выполненных у симптомных пациентов пожилого и старческого возраста в условиях регионального сосудистого центра.

Материал и методы. Основу исследования составили 50 больных пожилого и старческого возраста (средний возраст 69,3 лет), которым были выполнены 54 реконструктивные операции на сонных артериях в отделении сосудистой хирургии за период с сентября 2010 г. по март 2011 г. Группу сравнения составили 59 пациентов (средний возраст 53,4 года), которые были оперированы (64 операции) в том же отделении за данный период времени. В исследование были включены только пациенты с 4 степенью сосудисто-мозговой недостаточности по классификации А.В. Покровского (1979), имеющие гемодинамически значимое поражение сонных артерий. Каждая операция рассматривалась как отдельный случай наблюдения. Все пациенты оперированы хирургами равной квалификации в условиях общей многокомпонентной анестезии с интубацией трахеи.

Кроме общеклинического исследования использован ряд специальных диагностических методов: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) головного мозга, дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, эхокардиография, а по показаниям – МСКТ-ангиография и рентгенконтрастная ангиография. Обработку данных осуществляли с помощью статистических программ Microsoft Excel, Statistica 6-0. Для оценки статистической значимости различий использовался критерий χ^2 при доверительной вероятности $P<0,05$.

Все пациенты поступали в неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Соматический и неврологический статус оценивался неврологом при первичном осмотре. Выявлялся перечень факторов риска больного сосудистым заболеванием (табл. 1). Статистически значимых различий по полу и характеру сопутствующей патологии среди пациентов основной группы и группы сравнения не было выявлено.

Попов Андрей Павлович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89187436597; e-mail: pap40.1965@mail.ru

Гаспарян Михаил Витальевич, кандидат медицинских наук, врач сердечно-сосудистый хирург Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи; тел.: 89187598635; e-mail: gasparyan79@mail.ru

Шахназарян Арсен Михайлович, соискатель кафедры хирургии и эндохирургии с курсом сосудистой хирургии и ангиологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89187551977; e-mail: dr.shakh@mail.ru

Таблица 1

Сравнительная характеристика факторов риска сосудистых заболеваний

Показатель	Основная группа (n=50)	Группа сравнения (n=59)	P
Артериальная гипертензия	50 (100 %)	51 (86,44 %)	0,223
ИБС, в т. ч. инфаркт миокарда в анамнезе	27 (54 %) 5 (10 %)	19 (32,2 %) 3 (5,08 %)	0,382
Мерцательная аритмия	4 (8 %)	0	0,274
Сахарный диабет, в т. ч. инсулин-зависимый	10 (20 %) 1 (2 %)	6 (10,17 %) 3 (5,08 %)	0,307
Гиперхолестеринемия (ОХС > 5,2)	29 (58 %)	35 (59,32 %)	0,252
Курение	10 (20 %)	18 (30,51 %)	0,298
Злоупотребление алкоголем	0	3 (5,08 %)	0,314
Ожирение	12 (24 %)	12 (20,34 %)	0,244
Семейный анамнез инсульта	9 (18 %)	8 (13,56 %)	0,271
Перенесенные операции на магистральных артериях головы	1 (2 %)	3 (5,08 %)	0,227

Основным инструментальным методом исследования являлось цветовое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, которое проводилось в 100 % случаев у пациентов обеих групп. УЗИ сонных артерий позволяет получить информацию о характере поражения прецеребральных артерий, степени стеноза внутренней сонной артерии (ВСА), протяженности и структуре атеросклеротической бляшки, а также о состоянии её покрышки, что очень важно для определения показаний к оперативному лечению.

По данным дуплексного сканирования сонных артерий, пациенты имели виды поражения, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Характер поражения сонных артерий

Тип поражения сонных артерий	Основная группа (n=50)	Группа сравнения (n=59)	P
Односторонний стеноз	24 (48 %)	32 (54,24 %)	0,473
Двусторонний стеноз	22 (44 %)	23 (38,98 %)	
Окклюзия + стеноз	4 (8 %)	4 (6,78 %)	

В одном случае в основной группе больных имел место рестеноз после протезирования внутренней сонной артерии.

Мультиспиральная компьютерная томография головного мозга выполнялась при поступлении в стационар и в динамике. По данным компьютерной томографии, картину ишемического повреждения головного мозга имели 26 (52 %) пациентов исследуемой (основной) группы и 18 (30,51 %) больных из группы сравнения.

С целью уточнения диагноза рентгеноконтрастная ангиография была выполнена у 1 (2 %) пациента основной группы и у 1 (1,69 %) пациента группы сравнения. Во всех случаях были подтверждены данные дуплексного сканирования.

МСКТ-ангиография брахиоцефальных артерий была выполнена у 9 (18 %) пациентов основной группы и у 9 (15,25 %) пациентов контрольной группы. Во втором случае расхождение с данными дуплексного сканирования отмечалось у 3 (5,08 %) больных.

Все пациенты основной и сравнительной групп подверглись оперативному лечению. Разнообразие морфологических изменений сонных артерий обусловило выполнение следующих реконструктивных операций (табл. 3). Значимых различий по характеру поражения и объему выполненных операций в основной группе и группе сравнения выявлено не было.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств

Операция	Основная группа	Группа сравнения	P
Классическая КЭ	29 (53,70 %)	33 (51,56 %)	0,312
без заплаты	15 (27,78 %)	15 (23,44 %)	
заплата из ПТФЭ	12 (22,22 %)	13 (20,31 %)	
заплата из аутовены	2 (3,70 %)	5 (7,81 %)	
Эверсионная КЭ	22 (40,74 %)	27 (37,5 %)	
Протезирование ВСА	3 (5,56 %)	4 (6,25 %)	
ПТФЭ	1 (1,86 %)	-	
аутовена	2 (3,7 %)	4 (6,25 %)	
Всего операций	54	64	

Примечание: ПТФЭ – политетрафторэтилен.

Время пережатия сонных артерий в группе сравнения колебалось от 15 до 65 минут, в среднем 32,69 минуты. У пациентов основной группы время пережатия сонных артерий оказалось меньше – от 11 до 55 минут, в среднем 30,28 минуты.

Временный внутренний шунт у больных основной группы использовался в 4 (7,41 %) случаях, время установки и снятия шунта от 6 до 20 минут. В группе сравнения внутренний шунт был применен в 5 (7,81 %) случаях (различия статистически незначимы, P>0,05). Время установки и снятия шунта от 6 до 16 минут.

Интраоперационная кровопотеря в обеих группах была сопоставима (P<0,05).

Результаты и обсуждение. К концу первой недели послеоперационного периода в обеих группах пациентов отмечалась положительная динамика общесоматического и неврологического статуса: наблюдалось уменьшение выраженности неврологического дефицита; постепенный регресс центрального прозо-, гемипареза, нарушений в координаторной и чувствительной сферах, нарушений речи. Пациенты субъективно отмечали улучшение состояния.

Непосредственные результаты реконструктивных операций на сонных артериях вполне приемлемы с позиции зарегистрированных периоперационных осложнений. Кровотечение с гематомой в области раны шеи, потребовавшей повторного вмешательства для гемостаза, было зафиксировано в 3 (4,49 %) случаях у пациентов из группы сравнения. При интраоперационной ревизии раны источников продолжающегося кровотечения выявлено не было, ненадежный гемостаз был связан с гипокоагуляцией в связи с передозировкой антикоагулянтов и антиагрегантов. Преходящий выраженный отек шеи наблюдался у 3 (5,55 %) пациентов основной группы и 3 (4,69 %) больных группы сравнения. Преходящая нейропатия подъязычного нерва была зафиксирована у 1 (1,56 %) пациента из группы сравнения. В обеих группах за период наблюдения не было коронарных осложнений и эпизодов транзиторных ишемических атак. Ишемический инсульт в бассейне оперированной ВСА, который стал причиной смерти, развился у 1 (1,85 %) пациента основной группы. Таким образом, значение объединенного показателя «инсульт + летальность» составило 1,85 %.

Выводы

Несмотря на высокую распространённость сопутствующей патологии, хирургическая коррекция атеросклеротического поражения сонных артерий у пациентов пожилого и старческого возрастов характеризуется в целом положительными результатами, низким уровнем значимых периоперационных осложнений, что делает эту операцию у лиц старших возрастов эффективной и безопасной.

Литература

1. Багдасарян, А.Г. Выбор метода лечения стенозов экстракраниального отдела сонных артерий / А.Г. Багдасарян // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2010. – № 2. – С. 91–97.
2. Брискин, Б.С. Хирургические болезни в гериатрии / Б.С. Брискин, С.Н. Пузин, Л.Н. Костюченко. – М. : Бином, 2006. – 336 с.
3. Верещагин, Н.В. Предупреждение ишемического инсульта: неврологические и ангиохирургические аспекты / Н.В. Верещагин, Т.С. Гулевская // Клин. мед. – 1999. – № 11. – С. 5–9.
4. Мерсье, Ф. Хирургия сонных артерий у больных старше 80 лет: непосредственные и отдаленные результаты / Ф. Мерсье, Е. Браунбергер, П. Джулия, Дж.Н. Фабиани // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2000. – № 1. – С. 81–84.
5. Скворцова, В.И. Современные подходы к ведению больных со стенозами сонных артерий / В.И. Скворцова, Н.А. Шамалов // Consiliummedicum. – 2009. – № 8. – С. 11–14.
6. Фокин, А.А. Реконструктивная хирургия сонных артерий у пациентов старше 70 лет / А.А. Фокин, Д.И. Алехин, К.А. Киреев // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – № 3. – С. 115–119.
7. Хубулава, Г.Г. Гериатрические особенности хирургического лечения стеноза сонных артерий / Г.Г. Хубулава, А.А. Ерофеев, К.Л. Козлов и др. // Клиническая геронтология. – 2005. – № 11. – С. 31–37.
8. Alamowitch, S. Risk, causes, and prevention of ischaemic stroke in elderly patients with symptomatic internal carotid artery stenosis / S. Alamowitch, M. Eliasziw, A. Algra, H. Meldrum, H.J. Barnett // Lancet. – 2001. – Vol. 357. – P. 1154–1160.
9. Consensus statement. Consensus conference on medical management of stroke 26–28 May 1998. Royal College of physicians of Edinburgh, 1998.
10. European Carotid Surgery Trialists' Colloborative Group: MRC European Carotid Surgery Trial: Interim results for symptomatic patients with severe (70–99 %) or with mild (0–29 %) carotid stenosis// Lancet. – 1991. – Vol. 337. – P. 1235–1243.
11. Mac-Mahon, S. The epidemiological association between blood pressure and stroke: implications for primary and secondary prevention / S. Mac-Mahon, A. Rodgers // Hypertens. Res. – 1994. – Vol. 17 (supl. 1). – P. 23–32.
12. Moore, W.S. Guidelines for Carotid Endarterectomy / W.S. Moore, H.J.M. Barnett, H.G. Beebe [et al.] // Circulation. – 1995. – Vol. 91. – P. 566–579.
13. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators: Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade stenosis // N. Engl. J. M. – 1991. – Vol. 325. – P. 445–453.
14. Ommer, A. Reconstruction surgery for carotid artery occlusive disease in the elderly a high risk operation? / A. Ommer, M. Pillny, K. Grabitz, W. Sandmann // Cardiovasc. Surg. – 2001. – Vol. 9. – P. 552–558.
15. Pemberton, M. Carotid endarterectomy is safe in selected elderly patients / M. Pemberton, A. Reid, N.J.M. London, P.R.F. Bell, A.R. Naylor // Br. J. Surg. – 1998. – Vol. 85. – P. 507.
16. You, R. Risk factors for stroke due to cerebralinfarction in young adults / R. You, J. McNeil, H. O'Malley [et al.] // Stroke. – 1997. – Vol. 28. – P. 1913–1918.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

А. П. ПОПОВ, М. В. ГАСПАРЯН, А. М. ШАХНАЗАРЯН

Представлен сравнительный анализ непосредственных результатов оперативного лечения атеросклеротических стенозов и патологических извитостей у 50 симптомных геронтологических пациентов и 59 пациентов в возрасте до 60 лет. В исследование включены только пациенты с транзиторными ишемическими атаками и завершенными инсультами. Основным инструментальным методом исследования являлось цветовое дуплексное сканирование сонных артерий, которое проводилось в 100 % случаев у пациентов обеих групп. Все пациенты исследуемой и сравнительной групп подверглись оперативному лечению. Непосредственные результаты операций оказались приемлемыми с позиции зарегистрированных периоперационных осложнений, что позволяет рекомендовать оперативное лечение атеросклеротического поражения сонных артерий в старших возрастных группах больных.

Ключевые слова: геронтологические больные, транзиторные ишемические атаки, инсульт, дуплексное сканирование

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ATHEROSCLEROTIC LESIONS OF CAROTID ARTERIES IN ELDERLY AND SENILE AGE IN THE REGIONAL VASCULAR CENTER

POPOV A. P., GASPARYAN M. V., SHAKHNAZARYAN A. M.

The comparative analysis of direct results of operative treatment of atherosclerotic stenoses and pathological tortuosity at 50 gerontological patients and 59 patients under 60 years old are presented in the article. Only patients with transient ischemic attacks and complete strokes are included in the research. The basic instrumental method of research was color duplex scanning of carotid arteries which was performed in 100 % cases at patients of both groups. All patients of the investigated and comparative groups have undergone surgery. Direct results of operations appeared to be comprehensible from a position of registered perioperative complications, thus it allows us to recommend surgical treatment of atherosclerotic carotid arteries in the older age groups of patients.

Key words: gerontological patients, transient ischaemic attaks, stroke, duplex scanning

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.37-002-006.2-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. Л. Коробка[1], А. М. Шаповалов[2], М. Ю. Кострыкин[2], Р. В. Коробка[1]
[1]Ростовский государственный медицинский университет
[2]Ростовская областная клиническая больница

Хирургическое лечение кист поджелудочной железы (ПЖ), возникающих на фоне хронического панкреатита (ХП), остается актуальной проблемой панкреатологии. Встречающиеся у 13–20 % больных ХП на разных этапах заболевания, кисты приводят к сдавлению желудка, двенадцатиперстной, тонкой кишки, общего желчного протока, пара- и ретропанкреатических магистральных сосудов, что проявляется механической желтухой, дуоденостазом, портальной гипертензией. Наличие вышеназванных осложнений и их совокупность являются показанием к хирургическому лечению таких больных [3, 12, 14].

Успешный исход лечения кистозной трансформации ПЖ во многом зависит от выбора метода хирургического вмешательства. В последние годы для лечения кист ПЖ предлагается использовать разнообразные малоинвазивные вмешательства, направленные как на пунктирование кист под ультразвуковым контролем, так на наружное или внутреннее дренирование [2, 5, 9]. Основным недостатком таких методик является быстрое закрытие пункционного канала с последующим рецидивом кистообразования. На сегодняшний момент основными хирургическими методами лечения кист ПЖ, дающими хороший клинический эффект, остаются резекционные вмешательства, а также операции наружного и внутреннего дренирования [1, 7].

Несмотря на то что известные органосохраняющие резекционные методики успешны в устранении кист при ХП, у 20–30 % оперированных больных все же не удается в полной мере достигнуть положительных результатов из-за развития в послеоперационном периоде воспалительных и гнойных осложнений брюшной полости, причинами которых нередко являются как оставленная ткань головки ПЖ (при операции Бегера), так и панкреатикодигестивные анастомозы, в случае несостоятельности их швов [11, 13].

Коробка Вячеслав Леонидович, кандидат медицинских наук, директор Центра реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы, ассистент кафедры хирургических болезней № 4 Ростовского государственного медицинского университета; тел.: 89185584791; e-mail: orph-rokb@yandex.ru

Шаповалов Александр Михайлович, врач-хирург Ростовской областной клинической больницы

Кострыкин Михаил Юрьевич, кандидат медицинских наук, врач сердечно-сосудистый хирург Ростовской областной клинической больницы

Коробка Роман Вячеславович, студент 5 курса лечебно-профилактического факультета Ростовского государственного медицинского университета e-mail: orph-rokb@yandex.ru

Формирование нового инфильтративно-воспалительного процесса в зоне операции, затрагивающего соседние трубчатые органы и магистральные вены, нередко приводит к нарушению их проходимости, рецидиву дуоденостаза, механической желтухи, портальной гипертензии, возобновлению болевого синдрома.

Операции внутреннего дренирования панкреатических кист в желудочно-кишечный тракт получили широкое распространение ввиду достаточной эффективности и высокого процента хороших результатов [4, 8, 15]. Тем не менее послеоперационные осложнения после таких операций внутреннего дренирования кист могут развиться у 20 % больных и связаны, в первую очередь, с негерметичностью сформированного соустья [10, 15].

Наиболее трудными пациентами с позиции хирургического лечения являются те, у которых кисты локализованы в головке ПЖ. С целью внутреннего дренирования этих кист хирурги прибегают к трансдуоденальной цистодуоденостомии, предложенной Kerschner в 1929 [6]. Однако при кистах малого и среднего размера формирование соустья традиционными способами сопряжено с рядом технических трудностей и опасностью ранения панкреатодуоденальных сосудов и интрапанкреатического отдела холедоха. Негерметичность соустья в случае несостоятельности его швов в раннем послеоперационном периоде может явиться причиной формирования парапанкреатических инфильтратов, ферментативного перитонита и абсцессов брюшной полости, а в более поздние сроки – панкреатических свищей. Вновь возникший инфильтративно-воспалительный процесс в зоне анастомоза неизбежно приведет к вовлечению в него соседних органов, что может стать причиной рецидива дуоденальной и тонкокишечной непроходимости, механической желтухи, портальной гипертензии.

Целью работы явилась оптимизация хирургического лечения больных ХП с кистами поджелудочной железы.

Материал и методы. С 2005 по 2011 год по поводу хронического панкреатита, осложненного панкреатическими кистами, нами оперирован 121 больной. Подавляющее большинство оперированных больных были мужчины – 85 (70,3 %), женщин было 36 (29,7 %).

В предоперационном периоде всем больным выполняли УЗ-исследование органов брюшной полости, КТ с контрастированием, КТ-ангиографию – при подозрении компрессии ретропанкреатических сосудов, нагрузочные пробы с глюкозой для оценки экзокринной функции поджелудочной железы, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ).

У 49 больных (41 %) патологический субстрат был локализован преимущественно в головке ПЖ. В 26 наблюдениях (21 %) киста располагалась в области тела, у 17 больных (14 %) – в хвосте ПЖ. Множественные кисты были обнаружены у 21 больного (17,4 %). У 8 больных (6,6 %) были диагностированы парапанкреатические кисты.

На момент госпитализации у больных имелось одно или сочетание нескольких осложнений, отягчающих течение основного заболевания (табл.).

Таблица

Виды осложнений

Осложнения	n	%
Хроническая дуоденальная непроходимость	12	9,92
Парапанкреатический инфильтрат	30	24,79
Портальная гипертензия	11	9,09
Холестаз	11	9,09
Механическая желтуха	9	7,44
Вирсунголитиаз	5	4,13
Нагноение кисты	4	3,31
Формирование свищей	4	3,31
Ферментативный перитонит	1	0,83
Состояние после операций	2	1,65
Болевой синдром	5	4,13
Всего	94	77,69

Исходя из данных о локализации кисты, клинические и инструментальные данные, выполнили резекционные вмешательства – 38 операций, дренирующие вмешательства – 81 операция. В двух случаях оперативное лечение закончили паллиативным пособием.

При локализации кисты в области головки, на фоне фиброзных изменений паренхимы, основными видами вмешательств были органосохраняющие резекции головки (операция Бегера и Фрея). Однако при подозрении на малигнизацию процесса в области головки ПЖ выполняли пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию.

С целью повышения эффективности данных операций, профилактики воспалительно-инфильтративных и распространенных гнойно-септических осложнений брюшной полости применяли разработанные нами методики (патент РФ № 2421158, приоритетные справки № 2010124083, № 2011111237) (рис. 1).

Сущностью разработанных способов является герметичное дренирование протоковой системы оставшейся части ПЖ с отведением панкреатического секрета из зоны панкреатиодигестивного соустья на период его заживления, а также изоляция зоны резекции головки ПЖ и панкреатоэнтероанастомоза сформированными из лоскутов большого сальника «сальниковыми сумками».

В ситуациях, когда имелись выраженные инфильтративные изменения в области головки и риск выполнения резекционных вмешательств был велик, производили операции внутреннего дренирования кисты. Необходимо отметить, что при кистах малого и среднего размера формирование цистодигестивного соустья с помощью традиционных хирургических игл и шовного материала сопряжено с рядом технических трудностей и опасностью ранения панкреатодуоденальных сосудов и интрапанкреатического отдела холедоха. Негерметичность соустья в случае несостоятельности его швов в раннем послеоперационном периоде может явиться причиной подтекания панкреатического секрета, парапанкреатических инфильтратов, перитонита и абсцессов брюшной полости, а в более поздние сроки приводить к формированию панкреатических свищей.

Для профилактики данных осложнений и удобства формирования соустья между кистой и полым органом мы применяли специальное устройство (приоритетная справка № 2011119673), позволяющее осуществлять сшивание тканей в один этап с минимальным их травмированием и формировать герметичное соустье в условиях ограниченного пространства зоны оперативного вмешательства (рис. 2).

При локализации кист в области тела и хвоста поджелудочной железы у больных с состоявшимся аррозивным кровотечением из селезеночных сосудов в полость кисты выполняли экономные варианты дистальной резекции железы. В тех ситуациях, когда проходимость главного панкреатического протока была удовлетворительной, производили каудальную и корпоро-каудальную резекцию с последующим глухим ушиванием культи ПЖ. Если же проходимость главного панкреатического протока была нарушена, дистальную резекцию ПЖ заканчивали дренированием протока с формированием терминолатерального панкреатоэнтероанастомоза.

Результаты. Послеоперационный период у всех оперированных больных в целом протекал гладко. Особый интерес представляло течение послеоперационного периода у больных, оперированных по разработанным методикам. Из особенностей течения раннего послеоперационного периода необходимо отметить, что в течение первых 3–4 суток после операции у 8 больных в крови отмечался умеренный лейкоцитоз, у 4 – гипергликемия, у 10 больных – амилаземия. На фоне проведенной медикаментозной коррекции биохимические показатели крови к 10-м суткам послеоперационного периода нормализовались.

Клиническое динамическое наблюдение за оперированными больными и лабораторные данные показали, что явления механической желтухи, имевшие место до операции у 9 больных, в течение 2–3 суток после операции купировались, показатели билирубина пришли в норму. Также была восстановлена проходимость верхних отделов желудочно-кишечного тракта у 12 больных с дуоденостазом, отмечавших в предоперационном периоде чувство переполнения желудка после приема пищи. Полученные данные свидетельствовали о значительном снижении объема кист, восстановлении проходимости внепеченочных желчных путей и двенадцатиперстной кишки.

Всем больным производилось динамическое УЗ-исследование. У подавляющего большинства оперированных больных на 1–2 сутки после операции отмечалось значительное сокращение полости кисты, что свидетельствовало об адекватном ее дренировании через сформированное соустье. Однако у части больных (4 человека) в послеоперационном периоде сохранялось кистозное образование небольших размеров без жидкостного компонента, что было связано с наличием плотной ригидной капсулы.

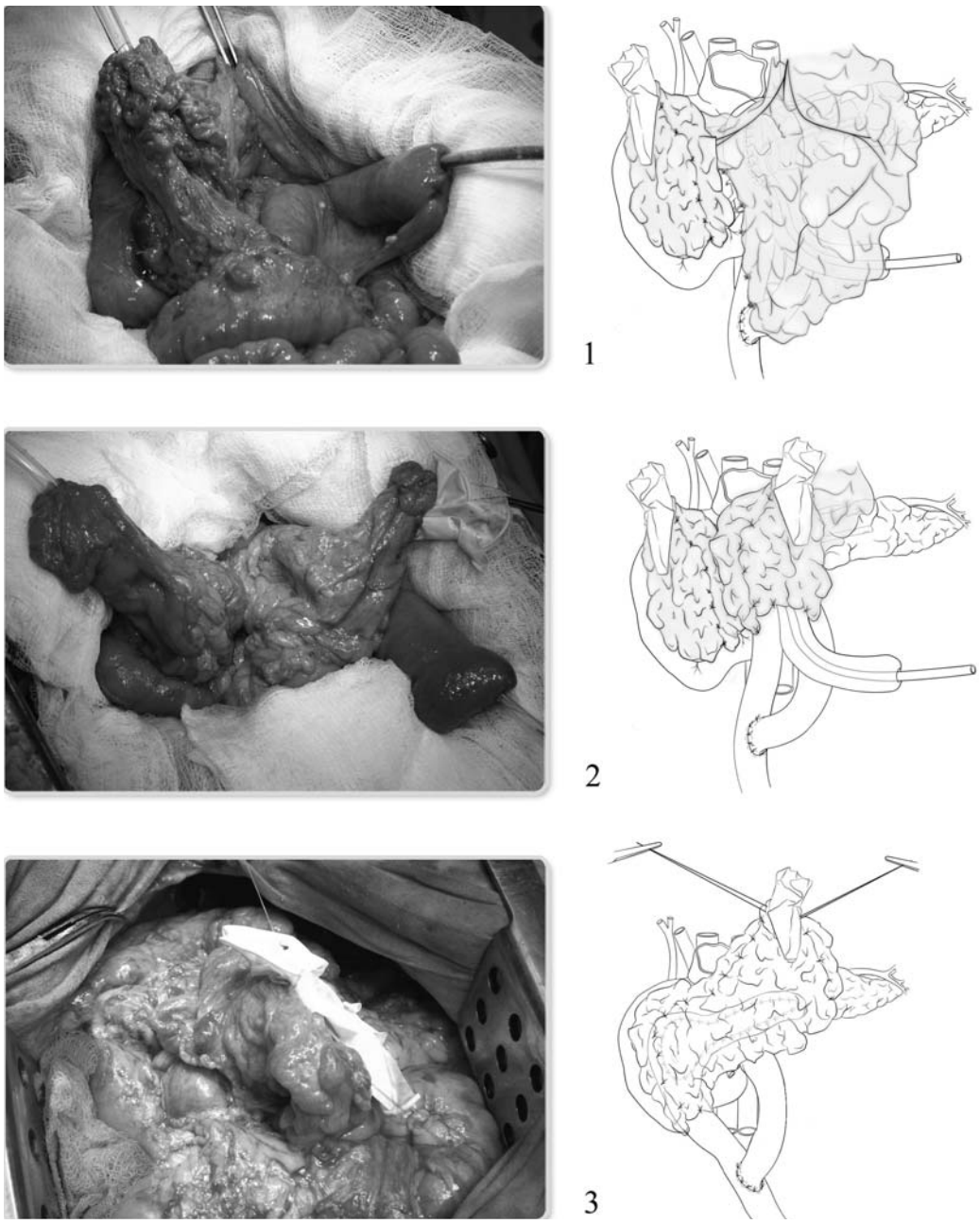


Рис. 1. Варианты использования «сальниковых сумок» для профилактики гнойных осложнений при резекциях поджелудочной железы:
1 – защита зоны резекции головки; 2 – защита зоны резекции головки и панкреатоэнтероанастомоза;
3 – защита продольного панкреатикоэнтероанастомоза

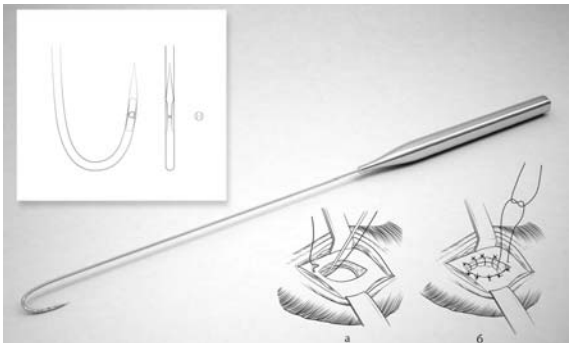


Рис. 2. Устройство для формирования цистодуоденоанастомоза

В позднем послеоперационном периоде (в среднем через 3 месяца после операции) состояние пациентов было удовлетворительным, болевой синдром отсутствовал, отмечалась прибавка в весе, диспепсические и эндокринные нарушения отсутствовали. УЗ-исследование не выявило остаточных кистозных полостей и инфильтративных изменений в области головки ПЖ.

Из общего числа оперированных умерло 4 больных – 1 больной после дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ и 3 больных после наружного дренирования кист. Причиной смерти в двух случаях стал очаговый панкреонекроз. В двух других случаях – кровотечение из верхней брыжеечной артерии и острый инфаркт миокарда.

Заключение. Основным критерием выбора операции при кистах ПЖ у больных хроническим панкреатитом является их локализация, морфологические изменения паренхимы железы в области кисты, а также наличие таких осложнений, как дуоденальная и тонкокишечная непроходимость, механическая желтуха, портальная гипертензия. Полученные данные результатов хирургического лечения больных, оперированных по разработанным методикам, подтвердили эффективность способов в отношении устранения патологического субстрата. Благодаря профилактике воспалительно-инфильтративных и гнойных послеоперационных осложнений удается снизить риск вовлечения в патологический процесс прилежащих органов, сохранив при этом их функцию, предупредить рецидив заболевания.

Литература

1. Альперович, Б.И. Лечение кист и свищей поджелудочной железы / Б.И. Альперович // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5, № 1. – С. 70–76.
2. Ачкасов, Е.Е. Лечение ложных кист тела и хвоста поджелудочной железы, сообщающихся с ее протоковой системой / Е.Е. Ачкасов // Хирургия. – 2007. – № 9. – С. 36–41.
3. Гостищев, В.К. Дифференцированный подход в выборе тактики лечения осложненных форм ложных кист головки поджелудочной железы / В.К. Гостищев, В.А. Глушко, А.В. Устименко [и др.] // Анн. хир. гепатол. – 2003. – Т. 8, № 2. – С. 191–192.
4. Данилов, М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М. : Медицина, 2003. – 423 с.
5. Карпачев, А.А. Опыт эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы / А.А. Карпачев, И.П. Парфенов, А.Л. Ярош // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 58–67.
6. Литтманн, И. Оперативная хирургия / И. Литтманн,. – Будапешт, 1985. – С. 651.
7. Мишин, В.Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / В.Ю. Мишин // Анналы хирургии . – 2000. – № 3. – С. 32–37.
8. Шалимов, А.А. Хирургическая тактика лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистой / А.А. Шалимов, В.М. Копчак, А.И. Дронов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 1999. –Т. 4, № 2. – С. 81–182.
9. Aghdassi, A., Mayerle J., Kraft M. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis / A. Aghdassi, J. Mayerle, M. Kraft // Pancreas. – 2008. – № 2. – P. 105–112.
10. Andersson, B. Treatment and outcome in pancreatic pseudocysts / B. Andersson // Scand. J. Gastroenterol. – 2006. – № 6. – P. 751–756.
11. Buchler, M.W. Randomized trial of duodenum-preserving pancreatic head resection versus pylorus-preserving Whipple in chronic pancreatitis / M.W. Buchler, H. Friess, M.V. Muller [et al.] // Ann. J. Surg. – 1995. – Vol. 169. – P. 65–70.
12. Colhoun, E. Treatment pancreatic pseudocysts / E. Colhoun, J.J. Murphy, D.P. Macerlean // Brit. J. Surg. – 1984. – Vol. 223. – P. 13–132.
13. Izbicki, J.R. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis: a prospective, randomized trial / J.R. Izbicki, C. Bloechle, W.T. Knoefel // Ann. Surg. – 1995. – Vol. 221. – P. 350–358.
14. Izbicki, J.R. Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis / J.R. Izbicki, C. Bloechle, D.C. Broering [et al.] // Ann. Surgery. – 1998. – Vol. 228, № 6. – P. 771–779.
15. Magyar, A. Pancreatic pseudocysts associated with chronic pancreatitis – early and late results of 1367 operations / A. Magyar, L. Flautner, I. Pulay [et al.] // Acta Chir. Hung. – 1997. – Vol. 36, – № 1–4. – P. 215–218.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. Л. КОРОБКА,
А. М. ШАПОВАЛОВ,
М. Ю. КОСТРЫКИН,
Р. В. КОРОБКА

Основным критерием выбора операции при наличии панкреатических кист у больных хроническим панкреатитом является их локализация, морфологические изменения паренхимы железы в области кисты, а также наличие таких осложнений, как дуоденальная и тонкокишечная непроходимость, механическая желтуха и портальная гипертензия. Целью работы явилась оптимизация хирургического лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным кистами поджелудочной железы. В статье приведены различные варианты хирургических операций при панкреатических кистах различной локализации, способы профилактики послеоперационных осложнений при резекциях поджелудочной железы и результаты хирургического лечения 121 больного.

Ключевые слова: хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы

SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED BY PANCREATIC CYST

KOROBKA V. L.,
SHAPOVALOV A. M.,
KOSTRYKIN M. Yu.,
KOROBKA R. V.

The main criteria for selecting operation type in patients with chronic pancreatitis and pancreatic cysts are their location, morphological changes of pancreatic parenchyma in the area of cysts and the presence of complications such as duodenal and enteric obstruction, obstructive jaundice and portal hypertension. The aim of the study was to optimize the surgical treatment of patients with chronic pancreatitis complicated by pancreatic cysts. The analysis provides various options for surgical procedures in pancreatic cysts of various locations, ways for prevention of postoperative complications in the cases of pancreatic resection and results of surgical treatment of 121 patients.

Key words: chronic pancreatitis, pancreatic cysts

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.133.33-007.64

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТРАТЕГИИ «DAMAGE CONTROL»

В. В. Ткачев, А. А. Усачев, О. И. Кран
Краевая клиническая больница № 1 им. С. В. Очаповского, Краснодар

Проблема хирургического лечения пациентов с множественными церебральными аневризмами (ЦА) в остром периоде аневризматического внутричерепного кровоизлияния (АВК) сохраняет свою актуальность в связи с высоким уровнем летальности у больных данного контингента [3].

Цель работы: разработать тактику лечения больных с множественными аневризмами (МА), обеспечивающую достижение в остром периоде АВК функциональных исходов, сходных с результатами хирургического лечения пациентов с одиночными аневризмами (ОА).

Материал и методы. За период с 2007 по 2012 год прооперировано 759 пациентов с ЦА, из которых у 126 (16,6 %) верифицированы МА. Проведён ретроспективный анализ результатов преднамеренного многоэтапного комбинированного лечения 82 больных с МА, поступивших в стационар в первые 3 недели после перенесенного АВК.

Инструментальное обследование перед операцией включало: КТ головного мозга всем 82 пациентам, цифровую субтракционную ротационную ангиографию 81 больному, МРТ в ангиорежиме – 1 пациенту с непереносимостью йодсодержащих контрастных препаратов. Тяжесть состояния больных оценивали по шкале Hunt – Hess (HH), исходы лечения – по шкале исходов Глазго (OGS) на 30-й день от последнего эпизода АВК.

Оперативное лечение осуществлялось в соответствии со стратегией «Damage control» [1], которая заключалась в комбинировании открытого и эндоваскулярного методов лечения ЦА, в верификации, по данным лучевых методов диагностики, разорвавшейся аневризмы в составе множественных, в преднамеренном разделении процесса лечения на несколько этапов и ограничении объёма первого вмешательства выключением только разорвавшейся аневризмы, а также смежных интактных аневризм, если это было возможно из основного доступа без технических трудностей. Лечение оставшихся аневризм переносилось на холодный период АВК. При невозможности достоверно верифицировать разорвавшуюся аневризму стремились в максимально короткие сроки или одноэтапно выключить все наиболее вероятные источники кровоизлияния.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных программ Statistica v.6.0 StatSoft@ Inc., USA.

Результаты. На момент поступления один эпизод АВК был зафиксирован у 72 пациентов, 10 больных перенесли повторные кровоизлияния. В соответствии с клинико-анатомической классификацией [4] базальное субарахноидальное кровоизлияние было верифицировано у 34 (42 %) пациентов, субарахноидально-паренхиматозное – у 15 (18 %), субарахноидально-вентрикулярное у 17 (21 %), субарахноидально-паренхиматозно-вентрикулярное – у 15 (18 %), субарахноидально-субдуральное – у 1 (1 %) больного.

Всего у 82 пациентов выявлено 212 аневризм. По 2 аневризмы было у 56 больных, по 3 – у 13, у остальных обнаруживалось от 4 до 7 аневризм.

Больных подразделяли на 7 клинических групп в соответствии с разработанной классификацией [5]:

I МА одного каротидного бассейна – 21 пациент;

II МА одного каротидного бассейна в сочетании с аневризмами передней мозговой или передней соединительной артерии – 22 больных;

III МА одного каротидного бассейна в сочетании с аневризмами дистальной трети базилярной артерии и её ветвей – 4 больных;

IV МА билатерального расположения – 18 больных;

V МА супратенториальной локализации (сочетание II, III и IV групп) – 11 больных;

VI МА супра-субтенториальной локализации – 5 больных;

VII МА субтенториальной локализации – 1 больной.

На I этапе лечения выполнено 59 открытых, 17 эндоваскулярных и 6 комбинированных вмешательств. В первые 3 суток после перенесённого АВК было оперировано 52 пациента, с 4 по 14 сутки – 27, с 15 по 21 день – 3 больных. Из 82 больных 76 (93 %) были оперированы экстренно в первые 24 часа от момента госпитализации. Тяжесть состояния больных перед операцией соответствовало HH I – у 4, HH II – у 11, HH III – у 33, HH IV – у 29 и HH V – у 5 пациентов.

Установить источник АВК до операции удалось у 67 из 82 больных. Этим пациентам было выполнено 49 открытых и 15 эндоваскулярных операций, направленных на выключение разорвавшейся аневризмы. Троим пациентам эндоваскулярное выключение аневризмы дополнено проведением ликворошунтирующих операций.

Ткачев Вячеслав Валерьевич, кандидат медицинских наук, заведующий нейрохирургическим отделением № 2
Краевой клинической больницы № 1 им. С. В. Очаповского, Краснодар;
тел.: (861)2153521;
e-mail: tkachovvv@yandex.ru

Усачев Алексей Анатольевич, врач отделения эндоваскулярных методов диагностики и лечения
Краевой клинической больницы № 1 им. С. В. Очаповского, Краснодар;
тел.: 89180918519; e-mail: plavnick@list.ru

Кран Олег Иванович, врач нейрохирургического отделения № 2
Краевой клинической больницы № 1 им. С. В. Очаповского, Краснодар;
тел.: 89184688716;
e-mail: okrahn@mail.ru

В группе из 15 больных с неустановленным источником АВК 5 больным I клинической группы и 2 больным II группы все имеющиеся аневризмы были выключены из одного операционного доступа без расширения объёма вмешательства. У 3 больных V группы и 1 больной II группы до операции были определены сторона и локализация наиболее вероятных источников АВК. Все намеченные для выключения ЦА были клипированы в ходе первого этапа лечения также из одного доступа.

У 3 больных I, III и VI групп, выполнены комбинированные оперативные вмешательства: в ходе одного наркоза последовательно выполнено эндоваскулярное и микрохирургическое выключение наиболее вероятных источников АВК. У 1 больной с билатеральными аневризмами (IV группа) выполнена одноэтапная эмболизация аневризм обоих каротидных бассейнов. Основные результаты I этапа лечения представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы, более чем 50 % пациентов с МА проведение второго хирургического этапа лечения не потребовалось, так как у 37 (45 %) все аневризмы были выключены из кровообращения, а в отношении 7 больных (8,5 %) было принято решение оставшиеся милиарные аневризмы динамически наблюдать.

Продолжение лечения требовалось 38 больным (46 %), из которых 15 (18 %) не перешли на второй этап. Причинами прекращения лечения явились: наступившая глубокая инвалидизация у 3 больных, летальный исход у 10, отказ от дальнейшего лечения у 2 пациентов.

Функциональные исходы после I этапа лечения были оценены как отличные (OGS I) у 39 (48 %) пациентов, хорошие (OGS II) – у 17 (21 %), как посредственные (OGS III) – у 10 (12 %) и как плохие (OGS IV) – у 2 (2 %). Умерли (OGS V) 14 (17 %) больных.

Среди пациентов в компенсированном состоянии (НН I–III) летальные исходы наступили в 4 случаях из 48 (8,3 %), у больных в декомпенсированном состоянии (НН IV–V) – в 10 случаях из 34 (29,4 %).

К настоящему времени II этап лечения проведен 20 больным, из которых 7 пациентов были госпитализированы в первые 3 месяца после первой госпитализации, 6 – в период от 3 до 6 месяцев, 5 пациентов – спустя 6 месяцев. Без выписки из стационара второй этап лечения был выполнен 2 компенсированным больным. Трое в настоящий момент еще не поступили на повторную госпитализацию.

Все пациенты, поступившие на II этап, были госпитализированы без повторных эпизодов АВК. Состояние всех соответствовало 0 степени по НН. Выполнено 15 открытых и 5 эндоваскулярных вмешательств. У всех пациентов получены хорошие и отличные функциональные исходы. В послеоперационном периоде нарастания неврологической симптоматики не отмечено. Из 20 пациентов у 12 все имеющиеся аневризмы выключены из кровообращения. Продолжение лечения запланировано 6 больным. В отношении 2 случаев принято решение о динамическом наблюдении за оставшимися микроаневризмами.

К настоящему времени III этап лечения проведен 5 больным, из числа которых 4 пациентам третья операция была выполнена в первые 3 месяца, а 1 – спустя 6 месяцев после второй. Один пациент запланирован на госпитализацию. Все пациенты перешли на III этап без повторных эпизодов АВК и их состояние при поступлении соответствовало 0 степени по НН. Выполнено 4 открытых и 1 эндоваскулярная операции. У всех пациентов получены хорошие и отличные функциональные исходы. У 4 пациентов все запланированные для лечения аневризмы были выключены из кровообращения. Один пациент переведен для проведения эндоваскулярного лечения на четвертый этап лечения, который был успешно выполнен спустя три месяца после третьей госпитализации. Функциональные исходы этапного лечения пациентов с МА представлены в таблице 2.

Таблица 1

Результаты первого этапа лечения у пациентов с множественными церебральными аневризмами

Клиническая группа (число больных)	Метод лечения, (let)*			Результаты I этапа лечения							
				Выключены все аневризмы, (let)*			Выключена часть аневризм				
							потенциально требовали дальнейшего лечения, но не перешли на II этап			требовали наблюдения (let)*	перешли на II этап
	Оо	Эо	Ко	Оо	Эо	Ко	отказ	инвалидизация	летальный исход		
I (21)	18(1)	1	2	16(1)		2				2	1
II (22)	20(3)	2(1)		16(3)					1	2	3
III (4)	2(1)	1	1			1		1	1		1
IV (18)	11(2)	7			1				2	3	12
V (11)	6(3)	3(1)	2(1)				1	2	5		3
VI (5)	1	3(1)	1				1		1		3
VII (1)	1			1							
Всего (82)	59(10)	17(3)	6(1)	33(4)	1	3	2	3	10	7	23

Примечание: Оо – открытые операции;
Эо – эндоваскулярные операции;
Ко – комбинированные операции;
(let) * – в скобках указано число летальных исходов.

Таблица 2

Функциональные исходы многоэтапного лечения пациентов с множественными аневризмами в остром периоде АВК

OGS	Этапы лечения				Окончательные исходы (82 больных)
	I (82 больных)	II (20 больных)	III (5 больных)	IV (1 больной)	
I	39/11*	15/4***	4	1	39
II	17/7*/2**	5/1***/1****	1		19
III	10/2*/1**				8
IV	2				2
V	14				14

Примечание: * функциональные исходы больных, перешедших на II этап лечения;

** функциональные исходы планируемых, но не госпитализированных на II этап лечения;

*** функциональные исходы больных, перешедших на III этап лечения;

**** функциональные исходы планируемых, но не госпитализированных на III этап лечения.

Как видно на таблице, общие результаты многоэтапного лечения оказались идентичными результатам первого этапа, проводимого в остром периоде АВК. У 2 пациентов, переведенных после I этапа лечения в стационары по месту жительства в тяжелом состоянии «зависимыми от ухода» (OGS III), окончательные результаты лечения оказались лучше функциональных исходов I этапа, проведенного в остром периоде АВК. Это объясняется значительной положительной динамикой в неврологическом и соматическом статусе, отмеченной на фоне реабилитационного лечения. При оценке функциональных исходов после завершения лечения у этих больных выявлялись лишь легкие неврологические выпадения, в связи с чем окончательные результаты были оценены как хорошие (OGS II).

Таким образом, отличные и хорошие результаты (OGS I и II) были получены у 71 % пациентов с МА, летальные – у 17 %, что сопоставимо с результатами хирургии ОА в остром периоде АВК [3].

Обсуждение. Выключение МА в остром периоде АВК сегодня стало возможно не только традиционным микрохирургическим, но также эндоваскулярным и комбинированным методами.

После проведения International subarachnoid aneurysm trial в научной литературе активно обсуждались результаты данного исследования [8, 9, 11, 13, 14]. Камнем преткновения остался вопрос: «Какой из методов лечения ЦА, открытый или эндоваскулярный, является лучшим у пациентов с АВК?». По нашему мнению, ни открытый, ни эндоваскулярный метод сегодня не могут считаться главенствующими, оба должны активно развиваться. Необходимо не противопоставлять, а дифференцированно применять и комбинировать оба метода, особенно при наличии у больного множественной цереброваскулярной патологии. При этом выбор метода лечения каждой ЦА должен быть индивидуальным и основываться на оценке тяжести состояния пациента, детальном анализе ангиоархитектоники церебральных и брахицефальных артерий, индивидуальной анатомии ЦА с учетом прогнозируемого риска и технической возможности выполнения оперативного пособия каждым методом, опытом хирургов, оснащенностью операционной.

Функциональные исходы лечения пациентов с МА неоднозначны. Процент летальных исходов варьирует от 3,5 до 24 % [12, 15, 16, 17, 19]. В этой связи имеющиеся по этому вопросу публикации можно условно разделить на две группы. К первой относятся работы, в которых пациенты с МА рассматриваются как группа повышенного риска, так как число летальных и неблагоприятных функциональных исходов у них значительно превышает аналогичные показатели у пациентов с ОА [7, 10, 18, 19]. Ко второй группе относятся публикации, в которых указывается, что частота летальных исходов среди пациентов с ОА и МА сопоставима [12, 15, 16, 17].

Проведенные нами исследования свидетельствуют, что имеются все основания относить пациентов с множественными аневризмами к группе «повышенного хирургического риска». У 58 % больных с разрывами ЦА в составе множественных имеются осложненные формы АВК, причем 40 % больных с МА находятся в состоянии клинической декомпенсации (IV и V по HH). Кроме того, выполнение оперативного вмешательства на МА, расположенных в различных сосудистых бассейнах, несет в себе потенциально больший риск развития осложнений [2].

Вместе с тем мы убеждены, что правильный выбор объёма и метода оперативного вмешательства позволяет достигать функциональные результаты, сопоставимые с таковыми лечения пациентов с ОА.

По нашим данным пациенты с разрывами МА хорошо переносят многоэтапное лечение, состоящее из нескольких простых, коротких по времени операций, часть из которых выполняется в «холодном периоде» АВК. Это подтверждает как анализ функциональных исходов всей совокупности больных с МА, оперированных в соответствии со стратегией «Damage control», так и статистический анализ подгрупп больных с МА, оперированных в «компенсированном» и «декомпенсированном» состоянии.

Важным вопросом при использовании стратегии «Damage control» является выбор безопасного временного интервала между этапами лечения МА. Основываясь на результатах Международного исследования неразорвавшихся внутричерепных аневризм – ISUIA [6], мы рассчитали, что куммулятивный риск разрыва оставшихся у пациента интактных аневризм в течение первых 3 месяцев после эпизода АВК является низким (в среднем менее 1 %). В этой связи мы сочли разделение лечения на этапы с указанным интервалом безопасным в аспекте риска развития кровоизлияния из оставшихся ЦА и достаточным для подготовки пациентов к следующей операции.

При компенсированном состоянии больного возможно проведение этапного лечения с более короткими интервалами и даже в ходе одной госпитализации. В этих случаях проведение второго этапа лечения целесообразно проводить спустя 14 дней от последнего эпизода АВК.

Выводы

1. Стратегия «Damage control» при лечении пациентов с МА в остром периоде АВК является безопасной и позволяет добиваться результатов, сходных с функциональными исходам лечения больных с ОА.
2. Окончательные исходы многоэтапного лечения пациентов с МА определяются результатами первого этапа лечения, проводимого в условиях внутричерепного кровоизлияния.
3. В остром периоде АВК объём первой операции целесообразно ограничивать вплоть до выключения только разорвавшейся аневризмы.
4. У пациентов с МА III, IV, V и VI клинических групп в остром периоде АВК при достоверном вы-

явлении в ходе обследования разорвавшейся аневризмы показано проведение многоэтапного лечения.

5. У больных I, II и VII клинических групп в остром периоде АВК возможно проведение одноэтапного вмешательства при условии, что выключение смежных интактных аневризм не сопряжено со значительными техническими трудностями.
6. Если инструментальными методами обследования достоверно выявить разорвавшуюся аневризму не удается, необходимо в максимально короткие сроки или одноэтапно выключить все наиболее вероятные источники кровоизлияния.

Литература

1. Кран, О.И. Стратегия «Damage control» при хирургическом лечении пациентов с множественными церебральными аневризмами / О.И. Кран, В.В. Ткачев, Г.Г. Музлаев, А.А. Усачев // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2010. – Т. II, № 3. – С. 12–19.
2. Крылов, В.В. Использование контралатерального птерионального доступа в хирургии множественных и одиночных аневризм сосудов основания головного мозга / В.В. Крылов, В.В. Ткачев // Материалы III Съезда нейрохирургов Украины. – Киев, 2003. – С. 156.
3. Микрохирургия аневризм головного мозга / под ред. В.В. Крылова. – М., 2011. – 536 с.
4. Мятчин, М.Ю. Клиника и диагностика кровоизлияний вследствие разрыва артериальных аневризм головного мозга : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Мятчин М.Ю. – М.,1992. – 34 с.
5. Ткачев, В.В. Результаты хирургического лечения множественных церебральных аневризм / В.В. Ткачев // Материалы Юбилейной Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения» – Спб., 2006. – С. 91.
6. The international study of unruptured intracranial aneurysms investigators. Unruptured intracranial aneurysms – risk of rupture and risks of surgical intervention // N. Eng. J. Med. – 1998. – Vol. 339. – P. 1725–1733.
7. Cervoni, L. Multiple intracranial aneurysms: surgical treatment and outcome/ L. Cervoni, R. Delfini, A. Santoro, G. Cantore // Acta Neurochir. (Wien). – 1993. – Vol. 124. – P. 66–70.
8. Derdeyn, C.P. The International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT): a position statement from the Executive Committee of the American Society of Interventional and Therapeutic Neuroradiology and the American Society of Neuroradiology / C.P. Derdeyn, J.D. Barr, A. Berenstein, J.J. Connors, J.E. Dion, G.R. Duckwiler, R.T. Higashida, C.M. Strother, T.A. Tomsick, P. Turski // Am. J. Neuroradiol., 2003. – Vol. 24. – P. 1404–1408.
9. Hernesniemi, J. Comments on «The impact of the International Subarachnoid Aneurysm Treatment Trial (ISAT) on neurosurgical practice»/ J. Hernesniemi, T. Koivisto // Acta Neurochir. (Wien). – 2004. – Vol. 146. – P. 203–208.
10. Kaminogo, M. Incidence and outcome of multiple intracranial aneurysms in a defined population / M. Kaminogo, M. Yonekura, S. Shibata // Stroke. – 2003. – Vol. 34. – P. 16–21.
11. Maurice-Williams, R. Aneurysm surgery after the International Subarachnoid Aneurysm Trial (ISAT) / R. Maurice-Williams // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2004. – Vol. 75. – P. 807–808.
12. Mizoi, K. Surgical treatment of multiple aneurysms. Review of experience with 372 cases / K. Mizoi, J. Suzuki, T. Yoshimoto // Acta Neurochir. (Wien). – 1989. – Vol. 96. – P. 8–14.
13. Niemelä, M. Microsurgical clipping of cerebral aneurysms after the ISAT Study / M. Niemelä, T. Koivisto, L. Kivipelto, K. Ishii [et all.] // Acta Neurochir. Suppl. – 2005. – Vol. 94. – P. 3–6.
14. O'Kelly, C.J. The impact of therapeutic modality on outcomes following repair of ruptured intracranial aneurysms: an administrative data analysis / C.J. O'Kelly, A.V. Kulkarni, P.C. Austin, M.C. Wallace, D. Urbach // J. Neurosurg. – 2010. – Vol. 113. – P. 795–801.
15. Orz, Y. Surgical outcome for multiple intracranial aneurysms/ Y. Orz, M. Osawa, Y. Tanaka, K. Kyoshima, S. Kobayashi // Acta Neurochir. (Wien). – 1996. – Vol. 138. – P. 411–417.
16. Roganovic, Z. Multiple cerebral aneurysms/ Z. Roganovic, G. Pavlicevic // Vojnosanit. Pregl. – 2002. – Vol. 59. – P. 249–254.
17. Ulrich, P. Surgical strategy in cases of multiple aneurysms/ P. Ulrich, A. Perneczky, A. Muacevic // Zentralbl. Neurochir. – 1997. – Vol. 58. – P. 163–170.
18. Vajda, J. Multiple intracranial aneurysms: a high risk condition/ J. Vajda // Acta Neurochir. (Wien). – 1992. – Vol. 118. – P. 59–75.
19. Zub, L. Management of patients with multiple intracranial aneurysms/ L. Zub, J. Mierzwa, R. Abraszko, K. Jarus, J. Wronski, B. Czapiga // Neurol. Neurochir. Pol. – 1999. – Vol. 33. – P. 873–881.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТРАТЕГИИ «DAMAGE CONTROL»

В. В. ТКАЧЕВ, А. А. УСАЧЕВ, О. И. КРАН

Представлено клиническое обоснование стратегии преднамеренного многоэтапного комбинированного лечения пациентов с множественными церебральными аневризмами в остром периоде субарахноидального кровоизлияния. Предлагаемая тактика лечения обеспечивает достижение функциональных исходов, идентичных результатам хирургии пациентов с одиночными аневризмами.

Ключевые слова: церебральные аневризмы, хирургическое лечение, исходы

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH MULTIPLE CEREBRAL ANEURYSMS IN ACUTE STAGE OF HEMORRHAGE WITH THE USE OF A STRATEGY «DAMAGE CONTROL»

TKACHEV V. V., USACHEV A. A., KRAN O. I.

Authors present clinical reasoning for strategy of deliberate multi-staged combined treatment at patients with multiple cerebral aneurysms in an acute stage of subarachnoid hemorrhage. Proposed treatment strategy provides achievement of functional results identical to surgical outcomes at patients with single aneurysms.

Key words: cerebral aneurysms, surgical treatment, surgical treatment outcomes

© Коллектив авторов, 2012
УДК 617.54-007.2-053.1-089.844

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСИММЕТРИЧНЫХ ВОРОНКООБРАЗНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ

В. Б. Шамик[1], Б. А. Давуд[1], К. Г. Франциянц[2]
[1]Ростовский государственный медицинский университет
[2]Областная детская больница, Ростов-на-Дону

Эстетический дефект при воронкообразных деформациях грудной клетки (ВДГК) – часто первый симптом, который привлекает внимание хирурга и пациента и имеет, прежде всего, серьезное психологическое значение [7, 8, 11].

В настоящее время критериями для выполнения оперативного вмешательства в таких случаях является СКТ индекс Haller ≥ 3,2 [5, 9, 10]. Российские хирурги довольно широко продолжают использовать индекс Гижицкой IG < 0,7.

В работах последних лет можно выделить две группы способов торакопластик: 1) хирургические вмешательства с применением так называемого «золотого стандарта» – открытой мобилизации грудинореберного комплекса (ГРК) с последующей его стабилизацией одной или несколькими металлическими пластинами [17]; 2) хирургические вмешательства, проводимые в «закрытом» режиме без предварительной мобилизации ГРК с введением в загрудинное пространство одной или нескольких металлических пластин.

Для мобилизации ГРК по-прежнему остается популярным способ M.M. Ravitsh [1, 2, 13, 14, 19]. Однако при использовании этой методики в классическом варианте возникают нарушение роста грудной клетки, ограничение дыхательной подвижности вследствие повреждения активных точек окостенения в грудной клетке, нарушения стернального кровоснабжения у детей, нарушения восстановления хрящей, а также возникновение флотирующей грудины [9, 18]. По мнению V. Jasonni и соавт. [12], в последние годы хирурги отдают предпочтение более щадящим открытым торакопластикам.

Самой распространенной операцией с использованием минимально агрессивной коррекции воронкообразной деформации грудной клетки (MIRPE) является операция Nuss [15]. Наиболее положительные результаты достигнуты у детей в возрасте до 10–12 лет с симметричной деформацией грудной клетки. Недостаточные результаты получены у больных старше 12 лет и у пациентов с асимметричной ВДГК, а также у больных с сопутствующими соединительнотканными дефектами и генетическими синдромами [3, 6, 14, 16].

Шамик Виктор Борисович, доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863)2970682; +79185577736; e-mail: prof.shamik@pochta.ru

Давуд Башар Ахмад, аспирант кафедры детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета; тел.: (863)2970682; +79885620309; e-mail: bashar_amd@hotmail.com

Франциянц Калуст Геворкович, кандидат медицинских наук, заведующий отделением детской хирургии Областной детской больницы, Ростов-на-Дону; тел.: (863)2970682; +79185266423

Необходимость повторного вмешательства возникла у 9–41,7 % оперированных больных. Остаточная асимметрия после операции Nuss наблюдается у 75 % пациентов с асимметричными дефектами [16]. Осложнения в виде смещения загрудинной пластины, пневмоторакса, инфицирования раны, кровотечения, перфорации перикарда наблюдались по данным разных авторов у 13,4–58,3 % больных. У пациентов старше 15 лет с ригидной грудной клеткой или с наличием асимметричной деформации требуется применение дополнительной коррекции во время оперативного вмешательства, чтобы достигнуть всестороннего исправления уродства [6]. Поэтому классическая методика Nuss претерпевает ряд модификаций (боковая стабилизация пластин, использование дополнительных пластин, дополнительные разрезы под грудиной, стернотомия, избирательная хондротомия и минимальная резекция ребер), после выполнения которых очень сложно провести грань между модифицированной MIRPE и щадящим открытым вмешательством.

Главным условием профилактики рецидива деформации должна быть, как полагают, устойчивая фиксация с перманентной коррекцией ГРК в течение не менее 8–12 месяцев [1, 2, 4, 20]. На сегодняшний день количество рецидивов после операций с фиксацией ГРК пластинами колеблется в пределах 1,4–7,8 % [12, 14, 19]. Кроме того, после этих хирургических вмешательств отмечаются осложнения в виде нагноения, переломов и миграции металлоконструкций [4, 14, 20]. Таким образом, наиболее сложным остается вопрос реконструктивной торакопластики асимметричных ВДГК у больных в возрасте старше 12 лет.

Целью исследования является определение наиболее эффективных методик коррекции асимметричных ВДГК у детей старше 12 лет, позволяющих получить длительный максимальный косметический эффект.

Материал и методы. В клинике детской хирургии и ортопедии Ростовского государственного медицинского университета под наблюдением находилось 165 пациентов с ВДГК в возрасте от 12 до 17 лет. У 117 (70,9 %) больных диагностирована асимметричная деформация (табл. 1). Тип деформации определяли по коэффициенту, который равен отношению площади входа во впадину к площади поверхности тела пациента [4]. При локальном типе деформации коэффициент находится в пределах 0,5, а при диффузном – от 0,51 до 1,0. Локальный тип деформации определялся у 60 (36,4 %) детей. По мере увеличения степени деформации и возраста пациентов количество локальных типов уменьшалось, а диффузных увеличивалось.

Диагностика асимметричных ВДГК проводилась с помощью торакометрических измерений и СКТ исследований [4]. На основании полученных данных определены медицинские антропометрические показания к выполнению реконструктивных торакопластик: ПУГК (показатель уплощения грудной клетки) < 64; ГИ (груд-

ной индекс) > 3,15 (индекс Haller) [9]; передне-задние размеры грудной клетки меньше возрастной нормы: CD (сагиттальный размер грудной клетки на уровне максимального западения) > 30 %; уточненный IG (индекс Гижицкой) < 0,7 (истинный индекс Гижицкой не может быть использован в чистом виде, так как максимальное углубление смещено латерально от грудины).

Таблица 1

Распределение больных с ВДГК по возрасту, степени и типу деформации

Диагноз	Тип деформации	Возраст, годы		Всего
		12–14	15–17	
ВДГК I ст. симметричная	локальный	10	6	16
	диффузный	11	4	15
ВДГК I ст. асимметричная	локальный	7	–	7
	диффузный	10	7	17
ВДГК II ст. симметричная	локальный	3	1	4
	диффузный	3	2	5
ВДГК II ст. асимметричная	локальный	4	1	5
	диффузный	6	5	11
ВДГК III ст. симметричная	локальный	3	–	3
	диффузный	4	1	5
ВДГК III ст. асимметричная	локальный	9	16	25
	диффузный	17	35	52
Итого		87 (52,7 %)	78 (47,3 %)	165 (100 %)

Этим показателям соответствовали 93 (79,5 %) больных в возрасте 12–17 лет с асимметричными ВДГК, которым выполнены реконструктивные торакопластики.

Всем больным применяли «золотой стандарт» [17] торакопластики – выполняли два основных классических этапа: мобилизацию ГРК и фиксацию его в положении коррекции различными способами. Мобилизацию деформированной передней грудной стенки выполняли щадящими методами стернохондротомии, сегментарной резекции хрящевой части и остеотомии костной части ребер в различных сочетаниях и объемах в зависимости от степени деформации, типа, уровня и возраста пациента. Фиксацию ГРК спицами в сочетании с вытяжением применили у 9 больных с асимметричной ВДГК, у остальных 84 пациентов грудину и ребра стабилизировали титановыми пластинами в различных комбинациях.

Полученные данные статистически обработаны с использованием электронных таблиц и пакета анализа данных MS Excel (лицензионное программное обеспечение Windows ® XP 00049-151-894-346, в которое входит пакет Microsoft Office Excel 2003 (11.5612.5703), номер продукта 74017-640-0000106-574.

Результаты и обсуждение. Оценивали результаты торакопластик в сроки от 3 до 20 лет после выполнения оперативного вмешательства клинически, рентгенологически и с помощью торакометрии по предложенной нами методике [4]. Степень оценки исходила из первоначальной задачи получить отличный антропометрический и косметический результат. Всех больных разделили на 3 группы: 1) классическая мобилизация ГРК и стабилизация спицами (9 человек); 2) классическая мобилизация ГРК и фиксация рамочной титановой конструкцией (22 ребенка); 3) модифицированная мобилизация ГРК и стабилизация титановыми пластинами в различных модификациях (62 пациента). Исходы реконструктивных торакопластик, выполненных до 2003 года у 31 больного (1 и 2 группа), представлены в таблице 2.

Сагиттальные размеры грудной клетки B_1 и B_2 на уровне костных участков ребер практически у всех оперированных больных в указанный период отличались в сторону уменьшения размера на стороне деформации [4].

Мобилизацию ГРК выполняли из поперечного волнообразного доступа через «вершину» деформации с применением двойной хондротомии, сегментарной хондротомии и стернотомии. Для стабилизации у 22 пациентов использовали рамочную титановую конструкцию из 3 поперечных и 2 продольных пластин, а у 9 синтезировали ГРК спицами в различных вариантах в сочетании с дополнительным вытяжением.

Установлена причина потери коррекции в отдаленном периоде за счет неполной мобилизации ГРК на первом этапе хирургического вмешательства. При асимметричных деформациях происходит выраженное уменьшение сагиттального размера грудной клетки и увеличение вертикального со значительным расширением межреберных промежутков и уменьшением реберного угла. В связи с этим после выполнения мобилизующего этапа торакопластики и выведения ГРК в физиологическое положение между хрящевой и костной частями ребер образуется диастаз. После сшивания их в данном положении создается напряжение за счет уменьшения реберного угла, что приводит к потере коррекции в послеоперационном периоде. Кроме того, для получения отличного эстетического эффекта необходимо выравнять сагиттальные размеры грудной клетки B_1 и B_2.

Таблица 2

Сравнение результатов торакопластик асимметричных ВДГК разными способами

Исходы торакопластики	Классическая мобилизация + + стабилизация ГРК спицами (1 группа, n=9)	Классическая мобилизация + + стабилизация ГРК рамочной конструкцией (2 группа, n=22)	Модифицированная мобилизация + + стабилизация ГРК пластинами (3 группа, n=62)
Эксхондрозы	2 (22,2 %)	2 (9,1 %)	3 (4,8 %)
Недоразвитие и дефекты б/грудных мышц на стороне деформации	8 (88,9 %)	9 (40,9 %)	5 (8,1 %)
Асимметричная деформация реберных дуг	5 (55,6 %)	7 (31,8 %)	7 (11,3 %)
Гипертрофические послеоперационные рубцы	2 (22,2 %)	3 (13,6 %)	4 (6,4 %)
Атрофические послеоперационные рубцы	7 (77,8 %)	5 (22,7 %)	5 (8,1 %)
Уменьшение размера грудной клетки ***B*** на стороне деформации	9 (100 %)	22 (100 %)	7 (11,3 %)
Потеря коррекции ГРК – 5–10 % от послеоперационной	1 (11,1 %)	9 (40,9 %)	5 (8,1 %)
Потеря коррекции ГРК – 11–20 % от послеоперационной	8 (88,9 %)	2 (9,1 %)	–

Примечание. Во всех случаях разница статистически достоверна ($p<0,01$).

Поэтому у 62 больных с асимметричными ВДГК, оперированных в период с 2004 по 2011 год (3 группа), кроме сегментарной резекции реберных хрящей по наружному краю воронкообразной деформации, парастернальной хондротомии ребер и реберных дуг, стернотомии, дополнительно выполняли клиновидную резекцию костной части ребер по передней или средней подмышечной линии с одной или двух сторон с основанием клина, обращенным вверх и кпереди. При диффузном типе деформации выполняли клиновидную резекцию 4–5 ребер (43 больных, 69,4 %), при локальном типе – 1–3 (19 больных, 30,6 %).

Анализ результатов позволил сделать вывод, что применение многоуровневой фиксации ГРК пластинами позволило приблизить форму грудной клетки к искомой в период предоперационного планирования модели. Поэтому мы использовали на II этапе торакопластики в последние 15 лет только титановые пластины в различных вариантах.

Особенностью стабилизации ГРК у больных с диффузным типом деформации является использование рамочной титановой конструкции, состоящей из 3 поперечных перфорированных пластин и 2 продольных перфорированных пластин, соединенных между собой титановыми скрепками. Конструкция дистопирована на сторону деформации: поперечные пластины изогнуты по физиологическому контуру деформации и крепятся от уровня средней или задней подмышечной линии, а продольные, как правило, – по парастернальной зоне и в проекции между среднеключичной и передней подмышечной линиями. При локальном типе деформации схема конструкции всегда состояла из 2 поперечных пластин. Вертикальные пластины (1 или 2) использовали у 10 детей в зависимости от возраста и степени деформации.

Для улучшения эстетического эффекта операции мы всегда использовали поперечные волнообразные разрезы – субмаммарные у девочек и субпекторальные у мальчиков с бережным отношением к грудным мышцам и окружающим мягким тканям. Обязательным считаем применение косметического внутрикожного шва и дозированное активное дренирование послеоперационной раны через контрапертуру. Дистопированные гипоплазированные большие грудные мышцы перемещали в правильное анатомическое положение.

Применение модифицированных этапов реконструктивных торакопластик у больных с асимметричными ВДГК позволило получить положительные результаты, представленные в таблице 2 (3 группа). Сравнение исходов целесообразно провести у пациентов второй и третьей групп, у которых применялись более совершенные методы стабилизации – металлические пластины. Асимметричная деформация реберных дуг у больных 3 группы уменьшилась в отдаленном послеоперационном периоде в 2,8 раза, асимметрия сагиттальных размеров правой и левой половин грудной клетки – в 8,8 раза. Потеря коррекции отмечена в 8,1 % наблюдений и уменьшилась в 6,2 раза ($p < 0,05$).

Заключение. Для получения наилучших эстетических результатов хирургического лечения асимметричных воронкообразных деформаций грудной клетки у детей в возрасте 12–17 лет целесообразно применение модифицированного этапа мобилизации грудино-реберного комплекса с обязательной остеотомией костной части ребер на уровне передней подмышечной линии и стабилизации передней грудной стенки моделируемыми титановыми пластинами с использованием разных схем в зависимости от типа деформации, её тяжести и возраста пациента.

Литература

1. Губа, А.Д. Способ торакопластики воронкообразной деформации грудной клетки / А.Д. Губа // Детская хирургия. – 2005. – № 5. – С. 16–18.
2. Малахов, О.А. Дефекты развития грудной клетки и их лечение / О.А. Малахов, С.С. Рудаков, К.А. Лихотай // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2002. – № 4. – С. 63–67.
3. Разумовский, А.Ю. Хирургическая коррекция воронкообразной деформации грудной клетки методом Насса / А.Ю. Разумовский, А.А. Павлов, А.Б. Алхасов [и др.] // Детская хирургия. – 2006. – № 2. – С. 4–9.
4. Шамик, В.Б. Оптимизация реконструктивной торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей и подростков : автореф. дис. … д-ра мед. наук / Шамик В.Б. – Ростов н/Д, 2003. – 24 с.
5. Bento, L. The vacuum chest wall lifter in the treatment of pectus excavatum / L. Bento, M.A. Martinez, J. Conde [et al.] // Chir. Pediatr. – 2006. – Vol.19, № 1. – P. 46–48.
6. Dzielicki, J. Difficulties and limitations in minimally invasive repair of pectus excavatum – 6 years experiences with Nuss technique / J. Dzielicki, W. Korlacki, I. Janicka, E. Dzielicka // Eur. J. Cardiothorac. Surg. – 2006. – Vol. 30, № 5. – P. 801–804.
7. Fonkalsrud, E.W. Recent experience with open repair of pectus excavatum with minimal cartilage resection / E.W. Fonkalsrud, J. Mendoza, P.J. Finn, C.B. Cooper // Arch. Surg. – 2006. – Vol. 141, № 8. – P. 823–829.
8. Genc, O. Repair of pectus deformities: experience and outcome in 317 cases / O. Genc, S. Gurkok, A. Gozubuyuk [et al.] // Ann. Saudi. Med. – 2006. – Vol. 26, № 5. – P. 370–374.
9. Haller, J.J. Chest wall constriction after too extensive and too early operations for pectus excavatum [see comments] / J.J. Haller, P.M. Colombani, C.T. Humphries [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 1996. – Vol. 61, № 6. – P. 1618–1624.
10. Hebra, A. Minimally invasive repair of pectus excavatum in adult patients / A. Hebra, J.P. Jacobs, A. Feliz [et al.] // Am. Surg. – 2006. – Vol. 72, № 9. – P. 837–842.
11. Horch, R.E. Pectus excavatum breast and chest deformity: indications for aesthetic plastic surgery versus thoracic surgery in a multicenter experience / R.E. Horch, E. Stoelben, R. Carbon [et al.] // Aesthetic. Plast. Surg. – 2006. – Vol. 30, № 4. – P. 403–411.
12. Jasonni, V. Le malformazioni congenite della parete toracica. Trattamento chirurgico / V. Jasonni, P.L. Lelli-Chiesa, P. Repetto [et al.] // Minerva Pediatrica. – 1997. – Vol.49, № 9. – P. 407–413.
13. Mansour, K.A. Thirty-year experience with repair of pectus deformities in adults / K.A. Mansour, V.H. Thourani, E.A. Odessey [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2003. – Vol. 76, № 2. – P. 391–395.
14. Molik, K.A. Pectus excavatum repair: experience with standard and minimal invasive techniques / K.A. Molik, S.A. Engum, F. Rescorla [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol. 36, № 2. – P. 324–328.
15. Nuss, D. Recent experiences with minimally invasive pectus excavatum repair «Nuss procedure» / D. Nuss // Jpn. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2005. – Vol. 53, № 7. – P. 338–344.

16. Ong, C.C. The learning curve in learning the curve: a review of Nuss procedure in teenagers / C.C. Ong, K. Choo, P. Morreau, A. Auldist // ANZ J. Surg. – 2005. – Vol. 75, № 6. – P. 421–424.
17. Petersen, C. Funnel chest. New aspects since introduction of a minimally invasive surgical technique / C. Petersen // Orthopade. – 2003. – Vol. 32, № 10. – P. 916–919.
18. Prabhakaran, K. Management of a floating sternum after repair of pectus excavatum / K. Prabhakaran, C.N. Paidas, J.A. Haller [et al.] // J. Pediatr. Surg. – 2001. – Vol. 36, № 1. – P. 159–164.
19. Robicsek, F. Surgical treatment of pectus excavatum / F. Robicsek // Chest. Surg. Clin. N. Am. – 2000. – Vol.10, № 2. – P. 277–296.
20. Stavrev, P.V. Surgical correction of funnel chest / P.V. Stavrev, V.P. Stavrev, K.N. Beshkov // Folia. Med. (Plovdiv). – 2000. – Vol. 42, № 2. – P. 57–60.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСИММЕТРИЧНЫХ ВОРОНКООБРАЗНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 12 ЛЕТ

В. Б. ШАМИК, Б. А. ДАВУД, К. Г. ФРАНЦИЯНЦ

Целью исследования является определение наиболее эффективных методик коррекции асимметричных воронкообразных деформаций грудной клетки (ВДГК) у детей старше 12 лет, позволяющих получить длительный максимальный косметический эффект. Под наблюдением находились 165 пациентов с ВДГК в возрасте 12–17 лет. У 117 (70,9 %) больных диагностирована асимметричная деформация. Реконструктивные торакопластики выполнены у 93 (79,5%) больных на основании медицинских антропометрических показаний. Больных разделили на 3 группы: 1) классическая мобилизация ГРК и стабилизация спицами (9 человек); 2) классическая мобилизация ГРК и фиксация рамочной титановой конструкцией (22 ребенка); 3) модифицированная мобилизация ГРК и стабилизация титановыми пластинами в различных модификациях (62 пациента). Исходы торакопластик оценены в сроки от 3 до 20 лет. Применение новых методик торакопластики позволило улучшить результаты в 2,8–8,8 раза по разным критериям. Потеря коррекции у больных 3 группы на 5–10 % отмечена в 8,1 % наблюдений.

Ключевые слова: воронкообразная деформация грудной клетки, дети, диагностика, торакопластика

THE PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF ASYMMETRIC FUNNEL CHEST IN CHILDREN OVER 12 YEARS

SHAMIK V. B., DAVUD B. A., FRANTSIYANTS K. G.

The aim of this study is to determine the most effective methods of correction of asymmetric funnel chest in children older than 12 years, allowing the longest and the best cosmetic effect. We observed 165 patients with asymmetric funnel chest aged 12–17 years. In 117 (70.9%) patients asymmetric deformation was diagnosed. Reconstructive thoracoplasty was performed in 93 (79.5%) patients on the basis of anthropometric medical data. The patients were divided into 3 groups: 1) classical mobilization of the chest and stabilization by pins (9 patients), 2) classical mobilization of the chest and fixation by titanium frame construction (22 children), 3) a modified mobilization and stabilization with titanium plates in various modifications (62 patients). Outcomes of thoracoplasty are assessed in terms from 3 to 20 years. Application of new techniques has improved the results of thoracoplasty by 2.8–8.8 times, according to different criteria. Loss of correction in patients of the 3 group for 5–10 % was noted in 8.1 % of cases.

Key words: funnel chest, children, diagnosis, thoracoplasty

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.65–002

РЕЗЕРВНАЯ ФУНКЦИЯ ТЕСТИКУЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

А. Т. Терёшин[1], И. Б. Сосновский[2], А. Б. Ихаев[3]
[1]Государственный научно-исследовательский институт курортологии, Пятигорск
[2]Краснодарская городская больница
[3]Республиканская клиническая больница, Грозный

Терешин Анатолий Тимофеевич, доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник Пятигорского ГНИИК ФМБА России;
e-mail: elenasoboleva2005@yandex.ru

Сосновский Игорь Борисович, кандидат медицинских наук, заведующий урологическим отделением Краснодарской городской больницы;
тел.: 89184301174; e-mail: sosnovsky2005@yandex.ru

Ихаев Алимхан Бадрудинович, врач-уролог Республиканской клинической больницы, г. Грозный;
тел.: 89287390213, 89635871654;
e-mail: ikhaev-doc@mail.ru

Хронический простатит (ХП) в общей структуре урологических заболеваний занимает 38–64 % [4, 7], вызывая в 32–78 % случаев эректильную дисфункцию (ЭД) [4, 5, 6]. При изучении патогенеза ЭД важную роль играет определение резервной функции яичек [4–6]. В литературе отсутствуют данные о резервной функции тестикул у больных ХП с ЭД в зависимости от длительности заболевания, частоты обострений, возрастного ценза и типа половой конституции, изучение которых поможет в выработке терапевтической тактики.

Цель исследования – изучить резервные возможности тестикул в зависимости от длительности заболевания, частоты его обострений процесса, возрастного ценза и типа половой конституции у больных ХП с ЭД.

Материал и методы. Обследовано 40 больных ХП в возрасте от 22 до 45 лет (в среднем 33,8±1,4 года) с длительностью ХП от 1 до 11 лет (в среднем 4,7±1,2 года) и длительностью ЭД от 2 до 5 лет (в среднем 3,8±0,7 года).

Обследование больных проводилось с использованием «Карты сексологического обследования мужчины», вычислением индексов половой конституции [4]. Клинический диагноз устанавливался на основании субъективных (самостоятельное заполнение больными Международной системы суммарной оценки ХП, международного индекса эректильной функции), объективных (пальцевое ректальное и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы) и лабораторных (секрет сока простаты, анализ эякулята) данных. Специальными методами исключали доброкачественные заболевания предстательной железы (ПЖ), заболевания, передающиеся половым путём.

Резервную функцию тестикул изучали по результатам пробы с хорионическим гонадотропином (ХГ). ХГ вводили однократно внутримышечно в дозе 2000 ЕД на 1 м^2 поверхности тела с определением уровня тестостерона (Т) и эстрадиола (Е2) в крови через 24 часа после введения ХГ. Определение концентрации в сыворотке крови Е2 и Т проводили с использованием тест-наборов «Белорис» (Белоруссия). В качестве нормы использовали показатели содержания гормонов в крови 15 здоровых мужчин (20–45 лет) с сохранными сексуальной и фертильной функциями.

Статистическую обработку материала выполняли с использованием стандартных пакетов программ прикладного статистического анализа (Statgraphics v.7.0, Statistica for Windows v.5).

Результаты исследований. У 25 (62,5 %) больных отмечено снижение выраженности складчатости мошонки, у 21 (52,5 %) – снижение тонуса яичек и их чувствительности к пальпации. Продольные размеры яичек в среднем составляли 4,4±0,2 см, поперечные – 2,7±0,2 см, что соответствует норме.

При изучении резервной функции тестикул было выявлено, что после пробы с ХГ у здоровых мужчин концентрация Т в крови увеличилась на 293 %, Е2 – на 198 % (табл. 1). У больных концентрация Т в крови возросла на 186 %, Е2 – на 151 %, что свидетельствует о снижении резервных возможностей клеток Лейдига, которая была выявлена у 27 (67,5 %) больных ХП. Снижение резервных возможностей тестикул следует считать одним из патогенетических факторов, усугубляющих течение ЭД. У больных ХП с ЭД концентрация в крови Е2 повышена в 1,4, Т – снижена в 1,5 раза по сравнению с нормой (p<0,05).

У больных ХП в возрасте 23–30 лет концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышаются на 198 и 160 % соответственно по сравнению с изначальными данными, что на 95 и 38 % соответственно меньше по сравнению с контрольной группой, у больных ХП в возрасте 31–40 лет концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышаются соответственно на 184 и 156 % по сравнению с изначальными данными, что на 109 и 42 % меньше, чем в контрольной группе. У больных ХП в возрасте 41–45 лет концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышаются на 173 и 134 % по сравнению с изначальными данными, что также на 120 и 64 % меньше, чем в контроле. Таким образом, чем выше возрастной ценз больных ХП, тем в большей степени снижаются резервные функции тестикул, что подтверждается высокой корреляцией (r=0,83, p<0,05).

При длительности ХП 1–3 года концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышаются на 206 и 166 % соответственно по сравнению с изначальными данными, что на 87 и 32 % меньше, чем в контрольной группе (табл. 2). При длительности ХП 4–6 лет концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышаются на 183 и 155 %, будучи на 110 и 43 % меньше контроля, при длительности ХП 7–9 лет концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции повышаются на 167 и 127 %, что также на 126 и 71 % ниже, чем в контрольной группе. Таким образом, чем длительнее течение ХП, тем в большей степени у больных снижается резервная функция тестикул. Коэффициент корреляции при этом составил 0,81 (p<0,05).

Таблица 1

Резервная функция тестикул в зависимости от возрастного ценза у больных хроническим простатитом с эректильной дисфункцией

Группы Возраст (лет)	Показатели			
	Т, нмоль/л		Е2, пмоль/л	
Больные:	До пробы	Через 24 часа	До пробы	Через 24 часа
23–30 лет (n=14)	12,61±0,82 100 %	24,91±2,78 198 %	82,34±7,86 100 %	131,86±18,27 160 %
P	<0,001		<0,001	
31–40 лет (n=15)	10,78±0,63 100 %	19,84±2,23 184 %	88,03±8,34 100 %	136,96±12,34 156 %
P	<0,001		<0,001	
41–45 лет (n=11)	10,96±0,45 100 %	18,96±1,21 173 %	89,17±10,54 100 %	119,48±14,19 134 %
P	<0,001		<0,001	
Всего=40	10,52±1,31 100 %	19,56±1,52 186 %	88,21±10,63 100 %	133,21±12,54 151 %
Контрольная группа (n=15)	13,53±1,24 100 %	39,61±4,53 293 %	62,71±2,31 100 %	124,17±11,51 198 %
P	<0,001		<0,001	

Примечание (к табл. 1–3): p – достоверность различия по сравнению с уровнем до пробы.

Таблица 2

Резервная функция тестикул в зависимости от длительности хронического простатита

Длительность ХП	Т, нмоль/л		Е2, пмоль/л	
	До пробы	Через 24 часа	До пробы	Через 24 часа
1–3 года (n=7)	12,32±0,74 100 %	25,43±2,87 206 %	73,29±6,23 100 %	121,54±17,32 166 %
P	<0,001		<0,001	
4–6 лет (n=16)	10,53±0,69 100 %	19,28±1,34 183 %	89,34±8,51 100 %	138,43±13,82 155 %
P	<0,001		<0,001	
7–9 лет (n=17)	10,26±0,72 100 %	17,13±1,46 167 %	91,17±9,62 100 %	113,62±12,71 127 %
P	<0,001		<0,001	

У больных с вялотекущим ХП концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышались на 203 % (25,13±1,67 нмоль/л) и 167 % (122,41±10,37 пмоль/л) соответственно по сравнению с данными до нагрузки (13,36±0,51 нмоль/л и 73,43±2,56 пмоль/л), что оказалось на 90 и 31 % меньше по сравнению с контрольной группой; у больных с обострением ХП 1–2 раза за год концентрации Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышались на 175 % (19,52±1,42 нмоль/л) и 153 % (137,12±11,39 пмоль/л) в сравнении с исходными (11,14±0,38 нмоль/л и 8971±7,35 пмоль/л), что на 118 и 45 % было меньше по сравнению с контрольной группой, а у больных с обострением ХП 3 и более раз за год концентрации Т и Е2 после стимуляции повышались на 170 % (17,24±1,18 нмоль/л) и 125 % (117,53±11,42 пмоль/л), будучи на 123 и 73 % меньше данных контроля. Таким образом, резервная функция тестикул снижается в большей степени по мере увеличения частоты обострений ХП за год (r=0,73, p<0,05).

При длительности ЭД 1–3 года концентрация Т в крови после стимуляции ХГ повышалась на 204 % (25,12±2,37 нмоль/л), а Е2 – на 164 % (128,62±12,41 пмоль/л), что на 89 и 34 % было ниже, чем в контрольной группе. При длительности ЭД 4–6 лет это повышение составило 183 % (19,76±1,42 нмоль/л) и 158 % (141,53±111,24 пмоль/л) соответственно, что было ниже, чем в контроле, на 110 и 40 %. У больных с длительностью ЭД 7–9 лет концентрация Т и Е2 в крови после стимуляции ХГ повышается на 171 % (17,89±1,23 нмоль/л) и 130 % (119,74±11,38 пмоль/л), что также на 122 и 68 % было меньше по сравнению с контрольной группой. Таким образом, по мере длительности ЭД у больных ХП в более выраженной степени снижается резервная функция тестикул (r=0,82, p<0,05).

Результаты функциональной пробы с ХГ у больных ХП с разной половой конституцией приведены в таблице 3. Оказалось, что у больных ХП со средне-слабой и слабой половыми конституциями резервная функция тестикул понижена.

Таблица 3

Резервная функция тестикул в зависимости от типа половой конституции

Тип половой конституции	Т, нмоль/л		Е2, пмоль/л	
	До пробы	Через 24 часа	До пробы	Через 24 часа
Сильно-средний (n=6)	13,38±0,46 100 %	35,53±4,48 266 %	64,71±2,29 100 %	125,36±11,46 194 %
P	<0,001		<0,001	
Средне-слабый (n=18)	10,41±0,34 100 %	19,76±2,37 189 %	89,56±8,49 100 %	141,73±12,54 158 %
P	<0,001		<0,001	
Слабый (n=16)	10,32±0,62 100 %	18,31±1,24 177 %	92,38±10,51 100 %	121,46±11,38 131 %
P	<0,001		<0,001	

Обсуждение. При снижении продукции Т нарушается согласование центрального и периферического звеньев гипофизарно-тестикулярной системы [1, 2]. При ингибировании рецепторов ЛГ снижается количество функционирующих клеток Лейдига у пациентов с андрогендефицитным состоянием и импульсная секреция ГнРГ и ЛГ не сопровождается адекватной импульсной секрецией Т [3]. Ответ клеток Лейдига в тоническом режиме на импульсное образование ГнРГ и ЛГ у больных с андрогендефицитным состоянием сопровождается постепенным переходом в тонический режим секреции аденогипофиза [3].

В условиях гипоандрогенемии и гиперэстрогенемии ослабевает эротизирующее действие Т на половые центры мозга, так как адрогенкомпетентные рецепторы гипоталамуса, регулирующие сексуальную активность мужчины, специфически чувствительны только к Т [2, 5, 6]. Недостаточная эротизация полового центра вызывает снижение либидо, эрекций и оргастических ощущений [6]. У больных с жалобами на снижение количества половых актов в неделю, невозможность проведения повторных половых актов за сутки после сексуальной абстиненции в той или иной степени были понижены резервные возможности тестикул.

Заключение. У 67,5 % больных ХП с ЭД по мере длительности заболевания, увеличения частоты его обострений, возрастного ценза и ослабленных вариантов половой конституции снижаются резервные возможности тестикул.

Литература

1. Дедов, И.И. Возрастной андрогенный дефицит у мужчин / И.И. Дедов, С.Ю. Калиниченко. – М., 2006. – 240 с.
2. Кеттайл, В.М. Патофизиология эндокринной системы : пер. с англ. / В.М. Кеттайл, Р.А. Арки. – СПб. : Невский диалект, 2001. – 356 с.
3. Печерский, А.В. Роль частичного возрастного андрогенного дефицита в развитии метаболического синдрома / А.В. Печерский // Вестн. Санкт-Петербургской мед. акад. последипломного образования. – 2010. – № 1. – С. 42–50.
4. Сексопатология : справочник / под ред. Г.С. Васильченко. – М. : Медицина, 1999. – 575 с.
5. Morales, A. Hormonal erectile dysfunction: evaluation and management / A. Morales, J.P.W. Heaton // Urol. Clin. – 2001. – Vol. 28. – P. 279–287.
6. Morales, A. Endocrine aspects of men sexual dysfunction / A. Morales, J. Buvat, L.J. Gooren [et al.] // Sexual medicine. Sexual dysfunctions in men and women. – 2006. – № 11. – P. 347–382.
7. Richard, G. Chronic prostatitis / G. Richard, D. Batsone, A. Doble // Curr. Opin. Urol. – 2003. – Vol. 13. – P. 23–29.

РЕЗЕРВНАЯ ФУНКЦИЯ ТЕСТИКУЛ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

А. Т. ТЕРЁШИН, И. Б. СОСНОВСКИЙ, А. Б. ИХАЕВ

Изучены резервные возможности тестикул в зависимости от длительности заболевания, частоты его обострений, возрастного ценза и типа половой конституции у 40 больных ХП с ЭД. У 67,5 % больных по мере длительности заболевания, увеличения частоты его обострений, возрастного ценза и ослабленных вариантов половой конституции снижаются резервные возможности тестикул.

Ключевые слова: тестикулы, эректильная дисфункция, хронический простатит

RESERVE FUNCTION OF TESTICLES AT PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS WITH ERECTILE DYSFUNCTION

TERYOSHIN A. T., SOSNOVSKY I. B., IKHAYEV A. B.

40 patients with chronic prostatitis (CP) at the age from 22 till 45 years with duration of CP from 1 till 11 years and duration of erectile dysfunction (ED) from 2 till 5 years are surveyed. Reserve possibilities of testicles depending on duration of the disease, frequency of its exacerbations, the age qualification and a type of the sexual constitution at patients with CP with ED are studied. At 67,5 % of patients with CP with ED in process of duration of disease, increase of frequency of its exacerbations, the age qualification and the weakened variants of the sexual constitution reserve possibilities of testicles decrease.

Key words: testicles, erectile dysfunction, chronic prostatitis

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.62-008.22.65-08

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

И. А. Панченко[1, 2], Э. С. Марабян[2], О. Н. Гармаш[2], Р. С. Францев[1]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Медицинский центр охраны мужского здоровья, Ставрополь

Синдром нижних мочевыводящих путей (СНМП) – симптомокомплекс, объединяющий широкий спектр жалоб пациентов, клинических проявлений разных заболеваний нижнего отдела мочевыводящего тракта.

Панченко Игорь Андреевич, кандидат медицинских наук, врач уролог-андролог высшей квалификационной категории, главный врач Медицинского центра охраны мужского здоровья», Ставрополь, главный внештатный детский уролог-андролог МЗ СК, ассистент кафедры урологии, детской урологии-андрологии с курсом рентгенологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89187513990; e-mail: pancher88@gmail.com

Марабян Эдуард Сурикович, врач уролог-андролог Медицинского центра охраны мужского здоровья, Ставрополь; тел.: 89282259138; e-mail: edoha.doctor@mail.ru

Гармаш Олег Николаевич, врач уролог-андролог Медицинского центра охраны мужского здоровья, Ставрополь; тел.: 89188719367; e-mail: oleg_garmash@mail.ru

Францев Роман Сергеевич, аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом урологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561700

Наиболее распространенная урологическая патология, имеющая большое медико-социальное значение, представлена заболеваниями предстательной железы и нейрогенными расстройствами мочеиспускания, которые традиционно рассматриваются среди приоритетных причин СНМП у мужчин.

Жалобы пациентов можно разделить на затруднения мочеиспускания (признаки обструкции) – замедленное, неравномерное, прерывистое мочеиспускание, капание мочи в конце акта мочеиспускания – и на трудности удерживать мочу (признаки раздражения – ирритация) – учащенное мочеиспускание днем и ночью, настойчивые позывы к мочеиспусканию, недержание мочи [2]. Как правило, обструктивные симптомы более распространены, но большее беспокойство пациентам причиняют ирритативные, так как они значительно ухудшают качество жизни.

До недавнего времени единственными методами диагностики и оценки терапии пациентов с СНМП оставались жалобы пациента, определение уровня остаточной мочи, контроль за динамикой симптомов в процессе лечения с помощью опросников, контроль клинических анализов.

Большое число уропатий нижних мочевыводящих путей протекает под «маской» хронического простатита, при этом, как правило, даже длительная терапия при опоре на субъективные ощущения пациента оказывается безрезультатной или малоэффективной, что в конечном итоге приводит к снижению комплаентности пациента к лечению. По данным литературы, от 20 до 30 % пациентов не удовлетворены результатами лечения, не отмечают уменьшения симптомов нарушения мочеиспускания и улучшения качества жизни [4, 5]. Это связано с недостаточной и даже неправильной оценкой функции нижних мочевыводящих путей (НМП) у больных с СНМП. Своевременное определение наличия и степени инфравезикальной обструкции, воспалительных изменений при СНМП и возможного их сочетания с нейрогенными расстройствами мочеиспускания является наиболее важным критерием выбора метода лечения и его эффективности.

Целью исследования явилась разработка оптимальной организации ведения больных с СНМП на основе стандартизации алгоритма обследования, комплексного лечения и реабилитационных мероприятий в условиях специализированного уроандрологического центра с опорой на объективные методы оценки состояния больного.

Материал и методы. В медицинском центре охраны мужского здоровья наряду с опросниками (IPSS), лабораторными исследованиями, трансректальным ультразвуковым исследованием простаты с цветным дуплексным картированием и определением объема остаточной мочи в алгоритм диагностики пациентов с СНМП введены функциональные методы оценки состояния мочеиспускания (компьютерная урофлоуметрия, цистометрия наполнения, «давление – поток», тазовая электромиография) и оптические методы (уретроцистоскопия), что позволило объективно дифференцировать обструктивные, воспалительные, динамические нарушения мочеиспускания или их сочетания [3].

Проведен анализ историй болезни 1560 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с СНМП, обследованных амбулаторно по данному алгоритму в 2010–2011 гг. Пациентам старше 40 лет назначалось данное обследование и при отсутствии жалоб (как скрининг). По результатам пациенты были разделены на группы с преимущественно обструктивным нейрогенным, воспалительным и смешанным компонентами (рис. 1).

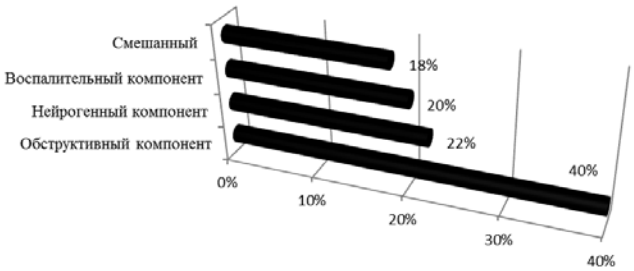


Рис. 1. Структура причин СНМП в условиях поликлиники

В 2010 году в работу центра внедрены медико-экономические стандарты по диагностике и стационарному лечению хронического простатита и нейрогенных расстройств мочеиспускания (Приказ МЗ СК № 01-13/285 от 02.07.2009 г.), которые определяют необходимость стационарного лечения пациентов в сочетании с комплексным физиолечением (трансуретральная, трансректальная электростимуляция с внутриполостной лазеро- и магнитотерапией, накожным лазерно-магнитным воздействием, нейростимуляцией пояснично-крестцового отдела позвоночника) на комплексе «Андро-Гин» [1].

В зависимости от клинических проявлений результатов объективного обследования и типа уропатии медикаментозное лечение включало: 1) альфа-адреноблокаторы (тамсулозин); 2) м-холинолитики (солифенацин), антибактериальные препараты (левофлоксацин); 3) простатопротекторы и нестероидные противовоспалительные средства.

Данная комплексная терапия в дальнейшем проводилась повторно 1 раз в 6 месяцев.

В условиях урологического стационара краткосрочного пребывания в центре пролечено 356 пациентов с СНМП, в том числе с применением хирургических методов. 152 пациента (43 %) обратились впервые, 204 (57 %) больных были не удовлетворены ранее проведенным лечением в других лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ). Из них 156 пациентов (44 %) пришлось на долю больных с хроническим простатитом и другими воспалительными заболеваниями НМП, 20 % (72 пациента) – с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря, 28 % (99 пациентов) – с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, стриктурой уретры, меатостенозом, а также их сочетаниями – 8 % (29 пациентов) (рис. 2).

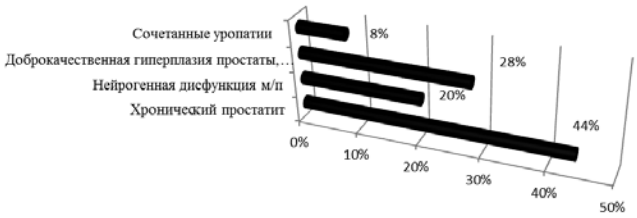


Рис. 2. Структура причин СНМП в условиях стационара

Наряду с лечебно-диагностическими мероприятиями в условиях центра была организована «Школа мужского здоровья», цель которой – обучение пациентов здоровому образу жизни, обеспечение психологической поддержки, постстационарное сопровождение.

Сотрудники медицинского центра в направлении санитарно-просветительской работы неоднократно выступали в средствах массовой информации (периодические издания, краевое радио и телевидение) по вопросам профилактики заболеваний мочеполовой сферы, половой гигиены мужского населения и пропаганды здорового образа жизни.

Результаты и обсуждение. Для оценки эффективности лечения определены показатели функционального состояния НМП у больных с различной этиологией синдрома до и после лечения (табл.), которые демонстрируют положительную динамику.

Приводим один из наиболее показательных клинических примеров.

Больной Н., 1970 года рождения, неоднократно проходил лечение в различных ЛПУ по поводу хронического простатита с жалобами, характеризующими СНМП – без эффекта. При комплексном уродинамическом исследовании выявлены признаки постворспалительной стриктуры уретры, подтвержденные данными

уретроскопии: урофлоуметрия: Т – 210 сек, Q_{max} – 4 мл/сек, Q_{mid} – 3,5 мл/сек, объем остаточной мочи – 46 см^3. Выполнена оптическая уретротомия, результат – выздоровление. Урофлоуметрия после лечения: Т – 25 сек, Q_{max} – 22 мл/сек, Q_{mid} – 12 мл/сек, остаточной мочи нет. Длительность наблюдения 2,5 года.

Таблица

Показатели функционального состояния нижних мочевыводящих путей до и после лечения

Основные клинико-диагностические показатели	До лечения	После лечения
IPSS (международная шкала оценки простатических симптомов), баллы	18–22 (умеренная-тяжелая симптоматика)	0–7 (легкая симптоматика)
Объем остаточной мочи, см^3	60–120	0–30
Время мочеиспускания (Т), сек	60–180	10–20
Максимальная объемная скорость потока мочи (Q max), мл/сек	5–10	16–29
Средняя скорость мочеиспускания (Q mid), мл/сек	3–8	9–11
QoL (оценка качества жизни), баллы	4–6 (неудовлетворительно–очень плохо)	0–2 (прекрасно–удовлетворительно)

Работа по утвержденному алгоритму диагностики и лечения обеспечила у больного Н. выраженную положительную динамику показателей функционального состояния нижних мочевыводящих путей.

Выводы

1. Внедрение в практику стандартного комплексного алгоритма обследования, включающего кроме рутинных методов обязательные уродинамические исследования, позволило получить хорошие результаты лечения и повысить качество жизни у больных с синдромом нижних мочевыводящих путей.
2. Комплексный подход позволил реализовать и поддерживать 3 уровня медицинской профилактики: предупреждение развития заболеваний, активное выявление заболеваний нижних мочевыводящих путей, стандартизация и многоэтапность лечения с целью предупреждения осложнений, а также обеспечил преемственность служб уроандрологического центра, непрерывность курации пациентов на этапах обследования, лечения, реабилитации и последующего динамического наблюдения.

Литература

1. Приказ МЗ СК № 01-05/857 от 27.12.2012 г. «Об установлении региональных медицинских стандартов при оказании медицинской помощи».
2. Молочков, В.А. Хронический уретрогенный простатит / В.А. Молочков, И.И. Ильин. – М., 1998. – С. 92–229.
3. Панченко И.А., Марабян Э.С., Гармаш О.Н. Стандарт оказания медицинской помощи (при оказании специализированной медицинской помощи) при хроническом простатите, нейрогенных расстройствах мочеиспускания.
4. Харченко, В.П. Предстательная железа. Новые концепции и достижения / В.П. Харченко. – М., 2008 – С. 1–21.
5. Щеплев, П.А. Простатит / П.А. Щеплев, Л.С. Страчунский, В.В. Рафальский, Н.И. Бойко, Ю.Я. Кузнецкий. – М., 2005. – С. 88–93, 152–170.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА НИЖНИХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО УРОАНДРОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

И. А. ПАНЧЕНКО, Э. С. МАРАБЯН, О. Н. ГАРМАШ, Р. С. ФРАНЦЕВ

Разработана оптимальная организация ведения больных с синдромом нижних мочевыводящих путей (СНМП) на основе стандартизации алгоритма обследования, комплексного лечения и реабилитационных мероприятий в условиях специализированного уроандрологического центра.

Произведен анализ историй болезни 1560 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с СНМП, обследованных амбулаторно в 2010–2011 гг. В условиях урологического стационара краткосрочного пребывания пролечено 356 пациентов с СНМП. Работа по утвержденному алгоритму диагностики и лечения обеспечила выраженную положительную динамику показателей функционального состояния нижних мочевыводящих путей.

Разработка и внедрение в медицинскую практику оптимальных алгоритмов диагностики, основанных на современных медицинских технологиях, позволяет дифференцировать различные патологические состояния, приводящие к СНМП и вести объективный мониторинг качества терапии.

Ключевые слова: синдром нижних мочевыводящих путей, комплексное лечение

RESULTS OF THE COMPREHENSIVE APPROACH IN TREATMENT OF LOWER URINARY TRACT SYNDROME IN A SPECIALIZED UROANDROLOGICAL CENTER

PANCHENKO I. A., MARABYAN E. S., GARMASH O. N., FRANTSEV R. S.

The purpose of our study was to develop optimal treatment of the patients with LUTS on the basis of survey algorithm standardization, comprehensive treatment and rehabilitation, based on objective methods of assessing the patient's condition in a specialized uroandrological center.

We had studied 1560 case-histories of the patients aged 18 - 65 years, diagnosed with LUTS in an outpatient department during the year of 2010–2011. Within a time of observation in the Urological Short-Stay Department of MCPMH (Medical Center of Man's Health Protection) 356 LUTS patients have been treated.

The work according to the approved algorithm of diagnosis and treatment had provided positive dynamics of the functional condition of the lower urinary tract.

Development and introduction into medical practice of the optimal algorithms of diagnostics, based on modern medical technologies allows us to differentiate various pathological conditions which lead to LUTS and to maintain an objective monitoring of the quality of therapy.

Key words: lower urinary tract syndrome (LUTS), quality of life, urodynamics

© Л. Е. Пономарев, 2012
УДК 616.322-002-036.12-076.5

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН МЕТОДОМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОДЕРЖИМОГО ИХ КРИПТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Л. Е. Пономарев
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Оценивая функциональное состояние небных миндалин, являющихся частью иммунной системы, используют различные методики, в том числе цитологическое исследование содержимого крипт. Многоклеточные кластеры, формирующиеся в просвете крипт небных миндалин из малых лимфоцитов, иммунобластов и макрофагов вследствие их взаимной адгезии, свидетельствуют об инициации процессов иммуногенеза, после эмиграции указанных клеток за пределы эпителиального пласта. Эти данные открывают новые перспективы для функционально-диагностической оценки результатов цитологического анализа содержимого крипт в условиях патологии [6, 8, 10].

У больных хроническим тонзиллитом в клеточном составе содержимого лакун преобладают полиморфноядерные лейкоциты (до 60–90 %), у здорового человека – лимфоциты [3, 4, 9]. При этом у больных хроническим тонзиллитом отмечается снижение активности локальных нейтрофилов-мигрантов и за счет этого – высокая бактериальная обсемененность [1]. При успешном лечении хронического тонзиллита в содержимом лакун отмечается снижение количества нейтрофильных лейкоцитов, увеличение количества лимфоцитов, менее выраженная клеточная дегенерация [2]. Цитологическое исследование содержимого лакун может служить дополнительным критерием уточнения диагноза при хроническом тонзиллите, определения его формы и эффективности лечения.

Целью настоящей работы являлось исследование цитологического состава содержимого крипт небных миндалин при хроническом тонзиллите для определения их функционального состояния, уточнения диагноза и выбора метода лечения.

Материал и методы. Е.Л. Поповым и П.Н. Пущиной [7] предложен способ получения содержимого из полости крипты небной миндалины и устройство для его осуществления. Этот способ имеет ряд недостатков [5]. Мы модифицировали метод путем внесения изменений в конструкцию, что позволило быстро и асептично проводить большое количество исследований, в том числе при скрининговых исследованиях в детских коллективах.

Предложенным устройством через лакуну в крипту верхнего полюса миндалины вводили 0,1 мл стерильного физиологического раствора. Извлеченные из крипт 0,05 мл жидкости помещали на предметное стекло, окрашивали 1 % водным раствором метиленового синего. В зависимости от соотношения клеточных элементов крови, эпителия и микрофлоры производилась оценка функционального состояния небных миндалин.

Обследовано 50 здоровых детей без признаков хронического тонзиллита, 50 детей с компенсированным и 65 – декомпенсированным хроническим тонзиллитом в возрасте от 4 до 14 лет.

Результаты и обсуждение. В результате исследований были выделены четыре цитологические группы, характеризующие их различное функциональное состояние (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных хроническим тонзиллитом по группам в соответствии с результатами цитологического и микробиологического исследования небных миндалин

Содержимое крипт	Группы обследуемых			
	Здоровые	Хронический тонзиллит		
		компенсированная форма	декомпенсированная форма	
	I	II	III	IV
Лимфоциты	5–20	21–30	29–6	5–0
Нейтрофилы	0–5	6–25	26–40	26–5
Микрофлора	скудная (0–200)	небольшая (200–1500)	умеренная (1500–5000)	обильная (5000 и больше)
Эпителий	единицы	небольшие группы (5015)	значительные скопления (16 и больше)	пласты

Примечание. Количество колоний бактерий (в скобках) определяли высевом на плотную среду 0,05 мл содержимого крипты.

Цитологическая картина здоровых небных миндалин (I цитологическая группа) характеризуется небольшим количеством лимфоидных клеток разной степени зрелости и минимальной бактериальной обсемененностью. Встречаются единичные сегментоядерные нейтрофилы и эпителиальные клетки.

Компенсированная форма хронического тонзиллита (II цитологическая группа) характеризуется высокой иммунологической активностью небных миндалин, развившейся на фоне бактериальной обсемененности крипт. Она выражается в интенсивном поступлении в крипты лимфоидных клеток, нейтрофилов и усилении десквамации эпителия.

Развитие декомпенсации иммунологической функции миндалин (III цитологическая группа) сопровождается уменьшением количества лимфоцитов в

Пономарев Леонид Емельянович, доктор медицинских наук, профессор кафедры лор-болезней Кубанского государственного медицинского университета;
тел.: (861) 262-17-63, 89183543924;
e-mail: for_ludmila@inbox.ru

содержимом крипт, сочетающимся с высоким бактериальным обсеменением и выраженной десквамацией эпителия.

Истощение иммунологической функции небных миндалин (IV цитологическая группа) характеризуется почти полным отсутствием лимфопродуцирующей активности ткани миндалин. При этом наблюдается обильное бактериальное обсеменение крипт миндалин с появлением нетипичных для нормальной флоры микроорганизмов – вибрионов, спирохет, грибов. Плазматические, тучные клетки, эозинофилы встречались в содержимом крипт миндалин больных II, иногда III цитологических групп в виде отдельных клеток и, как правило, при наличии аллергического статуса.

У всех больных IV цитологической группы отмечены явления тонзиллогенной интоксикации в виде жалоб на боли в сердце и суставах и изменений на ЭКГ.

После проведения цитологического и микробиологического обследования миндалин 65 детей с декомпенсированной формой заболевания были распределены, в соответствии с предлагаемой схемой, на группы и подвергнуты комплексному немедикаментозному лечению в условиях курорта Анапа. Лечение включало облучение миндалин некогерентным красным светом, электрофорез миндалин отжимом лечебной грязи, вакуум-гидротерапию миндалин минеральными водами «Анапская» и «Семигорская», ультразвук на проекцию небных миндалин. После проведения курса терапии больным вновь было проведено соответствующее обследование (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность комплексной немедикаментозной терапии детей с декомпенсированной формой хронического тонзиллита по данным цитологического исследования

Время обследования	n	Цитологические группы (n/%)			
		I	II	III	IV
До лечения	65	–	4/6,2	50/76,9	11/16,9
После лечения	65	39/60,0	11/16,9	6/9,3	9/13,8

У 93,8 % обследованных детей отмечены изменения, указывающие на нарушение функций небных миндалин. Из них 76,9 % детей были отнесены к III цитологической группе, которая, на наш взгляд, наиболее достоверно отражает начальные проявления декомпенсации процесса. Вместе с тем у 15 (23,1 %) детей результаты обследования были сложны в интерпретации, так как отдельные их параметры относились ко II–III либо III–IV цитологическим группам. Такие результаты оценивались как пограничные и уточнялись при повторных исследованиях.

Комплексное немедикаментозное лечение привело к излечению 39 из 54 (72,2 %) детей, относящихся ко II и III цитологическим группам, но лишь 2 из 11 (18,2 %) IV цитологической группы перешли во II. Положительные результаты по данным цитологических исследований отмечены у 70,7 % пролеченных детей.

Клинические исследования, проведенные после курса терапии, выявили положительные результаты у 78,8 % больных.

Отдаленные результаты через год после указанного курса лечения выявили положительные клинические результаты у 73,3 % обследованных детей.

Выводы

1. Оценка функционального состояния небных миндалин, предложенная нами, включает одновременный учет количества и качества лимфоидных клеток, нейтрофильных лейкоцитов, эпителия и микрофлоры.
2. Результаты цитологического исследования содержимого крипт подтверждают клинический диагноз, уточняют форму тонзиллита, помогают в выборе метода лечения.
3. При декомпенсированной форме хронического тонзиллита рекомендуется тонзиллэктомия. Следует проводить консервативную органосохраняющую терапию тем больным, миндалины которых сохранили свои функции (II и III цитологические группы).

Литература

1. Аткарская, А.А. Клинико-цитологическая характеристика различных форм хронического тонзиллита / А.А. Аткарская. Н.А. Антонова // Тр. НИИ уха, горла и носа. – М., 1967. – С. 85–90.
2. Батюк, Д.Ф. Некоторые показатели иммунологической реактивности у больных хроническим тонзиллитом в процессе лечения ультразвуком / Д.Ф. Батюк, Л.В. Визиренко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. – № 2. – С. 38–46.
3. Брель, Ф.Д. Изменение цитограммы под влиянием ультрафиолетовых лучей у больных хроническим тонзиллитом / Ф.Д. Брель // Вестн. оториноларингологии. – 1959. – № 6. – С. 71–74.
4. Вершигора, А.Е. Иммунобиология нёбных миндалин / А.Е. Вершигора, К.Н. Веремеенко, Л.В. Визиренко. – Киев : Виш. шк., 1978. – 148 с.
5. Завгородняя, Е.Г. Эффективность метода прижизненной оценки функционального состояния нёбных миндалин человека / Е.Г. Завгородняя, З.Н. Ловпаче // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – № 3. – С. 27–29.
6. Пономарёв, Л.Е. Исследование содержимого крипт нёбных миндалин в диагностике хронического тонзиллита / Л.Е. Пономарёв, В.Г. Назаретян, Л.А. Лукьяненко // Клиническая оториноларингология: проблемы и достижения : науч. тр. КМА. – Краснодар, 1997. – С. 7–9.
7. Попов, Е.Л. Способ получения содержимого из лакун нёбных миндалин / Е.Л. Попов, П.Н. Пущина // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – № 4. – С. 84–85.
8. Попов, Е.Л. Иммунологические особенности, определяющие участие нёбных миндалин в местном иммунитете / Е.Л. Попов, В.А. Косенко // Проблемы иммунологии в оториноларингологии: материалы Всерос. симп. – СПб., 1994. – С. 9–10.
9. Преображенский, Б.С. Ангина, хронический тонзиллит и сопряжённые с ними общие заболевания / Б.С. Преображенский, Г.Н. Попова. – М. : Медицина, 1970. – 384 с.
10. Хмельницкая, Н.М. Морфофункциональное состояние ткани нёбных миндалин при местном применении тималина / Н.М. Хмельницкая // Иммунитет, воспаление и эндокринная система : тр. Ленингр. науч. общества патологоанатомов. – Л., 1984. – Вып. 25. – С. 15–17.
11. Хмельницкая, Н.М. Морфофункциональное состояние глоточной и нёбных миндалин у детей с регионарным лимфаденитом / Н.М. Хмельницкая, А.А. Ланцов, Г.И. Тимофеева // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – № 3. – С. 31–35.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ НЕБНЫХ МИНДАЛИН МЕТОДОМ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОДЕРЖИМОГО ИХ КРИПТ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

Л. Е. ПОНОМАРЕВ

Произведено цитологическое исследование содержимого крипт небных миндалин при хроническом тонзиллите для определения их функционального состояния, уточнения диагноза и выбора метода лечения. Обследовано 50 детей с хроническим тонзиллитом компенсированной формы, 65 – декомпенсированной формы и 50 здоровых детей.

В зависимости от соотношения лимфоцитов, нейтрофилов, эпителия и микрофлоры выделены четыре цитологические группы, характеризующие функциональное состояние небных миндалин. К I цитологической группе отнесены миндалины здоровых детей, ко II – детей с компенсированной формой хронического тонзиллита. Декомпенсированной форме хронического тонзиллита соответствовали III и IV цитологические группы.

Консервативное немедикаментозное лечение, проведенное детям с декомпенсированной формой хронического тонзиллита в условиях курорта, показало эффективность у детей, отнесенных к III цитологической группе, где миндалины сохранили свои функции. Больным детям, включенным в IV цитологическую группу (где миндалины утратили свои физиологические функции и превратились в резервуар инфекции), рекомендована тонзиллэктомия.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, крипты миндалин, цитологические группы, иммунитет

ASSESS OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE TONSILS BY CYTOLOGICAL STUDY OF THE CONTENTS OF THEIR CRYPTS AT CHRONIC TONSILLITIS

PONOMARYOV L. E.

Cytological study of the contents of palatal tonsil crypts in 50 children with compensated chronic tonsillitis, 65 children with decompensated form and 50 healthy children has been carried out.

Depending on the ratio of neutrophils, lymphocytes, epithelium and microflora, four cytological groups, characterizing functional state of the palatal tonsils were singled out. The I cytological group includes tonsils of healthy children, the II – of the children with a compensated form of chronic tonsillitis. The III and IV cytology groups corresponded to a decompensated form of chronic tonsillitis.

Conservative nondrug treatment is effective in children from the III cytological group, i.e. when tonsils are not damaged functionally. For the children from IV cytological group, where tonsils turned into the reservoir of infection, tonsillectomy is indicated.

Key words: palatal tonsil crypts, cytological groups, chronic tonsillitis, immunity

© Коллектив авторов, 2012

УДК 616.286-072.1

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

В. П. Карпов[1], И. П. Енин[1], И. В. Енин[1], В. М. Моренко[1], В. И. Агранович[1], Ю. А. Джамалудинов [2]

[1]Ставропольская государственная медицинская академия

[2]Дагестанская государственная медицинская академия

Карпов Владимир Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561365; e-mail: Karpov_Vladimir_@mail.ru

Енин Иван Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)565527

Енин Иван Владимирович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561365; e-mail: yeninivan2007@mail.ru

Моренко Вера Михайловна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561365

Агранович Виталий Игоревич, ассистент кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561365; e-mail: stavin@mail.ru

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич, доктор медицинских наук, и.о. профессора кафедры отоларингологии с усовершенствованием врачей Дагестанской государственной медицинской академии; тел.: 89282305071

Вопрос своевременной и точной диагностики тубарной дисфункции является одним из наиболее трудных в оториноларингологии [1, 4, 6]. Это связано с особенностями анатомического расположения слуховой трубы и определенными техническими сложностями её визуализации, в результате чего детальному, прицельному осмотру носоглотки и устьев слуховых труб не всегда уделяется должное внимание [5, 7]. Развитие экссудативного среднего отита, как правило, непосредственно связано с патологией носоглотки [2, 3].

Цель данной работы – изучение диагностической ценности различных методов исследования у больных экссудативными средними отитами.

Материал и методы. Всего под наблюдением находилось 140 больных с экссудативными средними отитами в возрасте от 7 до 54 лет. Для проведения оптической эндоскопии мы использовали жесткие эндоскопы фирмы «Karl Storz» диаметром 2,7 и 4,0 мм с торцевой и боковой оптикой с углами зрения 0, 30, 45, 70 граду-

сов. Определенные сложности представляет наличие у некоторых больных грубой девиации носовой перегородки, препятствующей введению эндоскопа, но тогда осмотр может быть выполнен через другую половину носа эндоскопом с 70-градусным углом зрения.

Результаты и обсуждение. Частыми находками (37 %) было увеличение трубных миндалин, что приводило к смещению трубного валика кпереди. При воспалительной патологии носа и околоносовых пазух (у 35 % больных) определялись полоски гноя, распространяющиеся к устью слуховой трубы, при глотании часто шел заброс в само устье. В 21 % случаев встречалась гипертрофия глоточной миндалины. У взрослых пациентов аденоиды выявлены в 7 % случаев, в большинстве отмечался вялотекущий аденоидит, приведший к воспалению трубных миндалин и нарушению функции слуховых труб. Вазомоторные сальпингиты диагностированы у 22 % пациентов. В целом ряде случаев (11 %) у больных отмечалось низкое расположение глоточного устья слуховой трубы, что характерно для детского возраста, но встречается и у взрослых. Данная особенность способствует тубарному рефлюксу. Рубцовые изменения в носоглотке у взрослых (10 %) были связаны с перенесенными ранее оперативными вмешательствами, чаще всего аденотомией. У 5 пациентов были выявлены новообразования носоглотки – у 3 доброкачественные (у двух кавернозные гемангиомы, у одного юношеская ангиофиброма). Диагностированы два случая злокачественных опухолей: у одного пациента аденокарцинома и у одной больной плоскоклеточный рак. Все эти диагнозы подтверждены гистологическим исследованием.

Отомикроскопия отражает состояние барабанной перепонки при дисфункции трубы. При целой барабанной перепонке этот метод позволяет оценить состояние среднего уха по характеру ее изменений. Для отомикроскопии нами были использованы операционные микроскопы фирм «Karl Zeiss» (Германия) и «Мико-ЛОР-ЛОМО» (Россия). Рабочее увеличение от 10 до 25-кратного. При наличии целой барабанной перепонки относительно легко регистрируются определенные участки втяжения и ограничение подвижности барабанной перепонки, ее ретракционные карманы. При экссудативных средних отитах изменения оттенка барабанной перепонки зависят от длительности процесса, цвета и консистенции транссудата. После удавшегося продувания слуховой трубы у таких больных отмечаются пузырьки вспененного экссудата. Если эксудат не занимает всю барабанную полость, виден его уровень, меняющийся при изменении положения головы. У детей в силу утолщенности барабанной перепонки определить этот симптом сложнее.

Кроме этого, больными выполнялись пробы Вальсальвы и Тойнби. При целой барабанной перепонке и сохранности вентиляционной функции слуховой трубы наблюдается ее характерное движение.

Процент совпадений данных отомикроскопии и тимпанометрии – 88,5.

Для исследования состояния слуха, в первую очередь степени кондуктивной тугоухости, наиболее характерной для патологии слуховой трубы, мы применили пороговую тональную аудиометрию. Вычисляли средний порог восприятия чистых тонов согласно международной классификации тугоухости в зоне речевых частот (0,5; 1; 2 и 4 кГц), а также средний костно-воздушный разрыв (интервал).

Однако, учитывая значительное количество заболеваний уха, приводящих к кондуктивной тугоухости, следует отметить, что пороговая тональная аудиометрия имеет ценность только в сочетании с другими методами исследований, например с тимпанометрией.

Исследования проводили с помощью приборов Автотимп-GSI-37 фирмы «Grason-Stadler» (США) и Импендансометр AZ-26 фирмы «Interacoustics» (Дания). Тимпанометрия наиболее точно отражает эквипрессорно-вентиляционную функцию при интактной барабанной перепонке. Она проводилась в динамике (глотательные движения, опыты Тойнби, Вальсальвы). С помощью последнего можно определить тест Williams (E.T.F.1.) в автоматическом или ручном режиме – для неперфорированных барабанных перепонок. Полученные данные позволяют провести оценку проходимости слуховой трубы.

Формы тимпанограмм как в норме, так и при различных видах патологии отличаются некоторым разнообразием. Считается, что о функции слуховой трубы можно судить при тимпанометрическом исследовании по величине внутрибарабанного давления. Нормальные его показатели несколько разнятся – от –100 до +100 daPa. Снижение внутрибарабанного давления ниже нормы говорит о тубарной недостаточности. По этому признаку выделяются тимпанограммы «С.1»(пик до –199 daPa), «С.2» (пик до –299 daPa), «С.3» (пик ниже –300 daPa).

Нами получены тимпанограммы типа «С.1» у 9 больных (12 ушей); тимпанограммы типа«С.2» у 22 больных (38 ушей); тимпанограммы типа«С.3» у 20 больных (32 уха).

Тимпанограммы типа «В», где невозможно определить уровень давления внутри барабанной полости, получены у 89 больных (158 ушей). У 100 (41,6 %) больных тимпанограммы на обоих ушах были различными (например, типа «В» справа, типа «С.2» слева).

С помощью тимпанометрии выявлена скрытая патология среднего уха и нарушения функционального состояния слуховых труб (при нормальных или близких к норме аудиограммах) у 23 % детей и 9 % взрослых.

У 89,9 % больных с тимпанограммой типа «В» при обследовании выявлен выпот в барабанной полости. При улучшении состояния этот тип переходит в тип «С», а при выздоровлении – в тип «А». Следует отметить, что нормализация тимпанометрической кривой при лечении экссудативного отита происходит значительно позже, чем восстановление нормальных показателей тональной пороговой аудиометрии.

Выводы

1. Для своевременной диагностики дисфункции слуховой трубы необходим комплекс современных методов исследования, включающий в динамике эндоскопию полости носа и носоглотки, отомикроскопию, аудиометрию, тимпанометрическое обследование. Тимпанометрия в обследовании состояния среднего уха точнее регистрирует его изменения, чем аудиометрия.
2. Оптическая эндоскопия полости носа и носоглотки является одним из обязательных и строго необходимых условий современной диагностики различных патологических состояний слуховой трубы. Она показана при различных вариантах дисфункции слуховой трубы. При этом обеспечивается четкая визуализация патологических процессов, которая должна фиксироваться видеозаписью, что в дальнейшем позволяет проводить в динамике контроль эффективности проводимой терапии.
3. Полученные данные позволили выявить корреляцию между данными эндоскопии полости носа и носоглотки и состоянием слуховой функции у больных с тубарной дисфункцией.

Литература

1. Бобошко, М.Ю. Слуховая труба / М.Ю. Бобошко, А.И. Лопотко. – СПб., 2003. – 360 с.
2. Бурмистрова, Т.В. Этиологические аспекты экссудативного среднего отита / Т.В. Бурми-

строва, Н.А. Дайхес, А.В. Анташов // Новости росс. оториноларингологии. – 2004. – № 5 (12). – С. 38–44.
3. Дмитриев, Н.С. Экссудативный средний отит у детей. Патогенетический подход к лечению : метод. указания / Н.С. Дмитриев, Н.А. Милешина, Н.И. Колесова // Науч. центр аудиологии и слухопротезирования. – М., 1996. – 21 с.
4. Карпищенко, С.А. Диагностические возможности эндоскопии в выявлении причин тубарных дисфункций / С.А. Карпищенко, Т.А. Журавлева // Росс. оторинолар. – 2006. – № 5. – С. 80–84.
5. Клешнин, Д.А. Ринофиброскопия в диагностике и лечении заболеваний слуховой трубы / Д.А. Клешнин // Росс. оторинолар. – 2003. – № 1. – С. 70–71.
6. Преображенский, Н.А. Экссудативный средний отит / Н.А. Преображенский, И.И. Гольдман. – М., 1987. – 192 с.
7. Stammberger, H. An endoscopy study of tubal function and the diseased ethmoid sinus / H. Stammberger // Arch. Otorhinolaryngol. – 1986. – Vol. 243, № 4. – P. 254–259.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН ДИСФУНКЦИИ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

В. П. КАРПОВ, И. П. ЕНИН, И. В. ЕНИН, В. М. МОРЕНКО, В. И. АГРАНОВИЧ, Ю. А. ДЖАМАЛУДИНОВ

Изучена диагностическая ценность различных методов исследования у больных экссудативными средними отитами. Приведены данные обследования 140 больных с расстройствами слуховой трубы, возникшими по различным причинам. Для их диагностики применен комплекс современных методов обследования, включающий эндоскопию полости носа и носоглотки, отомикроскопию, аудиометрию, тимпанометрическое исследование. Точное выявление причин дисфункции слуховой трубы позволяет проводить успешное лечение функциональных тубарных расстройств в стационарных или поликлинических условиях.

Ключевые слова: дисфункция слуховой трубы, эндоскопия, отомикроскопия, тимпанометрия

MODERN DIAGNOSTICS OF THE EUSTACHIAN TUBES DYSFUNCTIONS

KARPOV V. P., ENIN I. P., ENIN I. V., MORENKO V. M., AGRANOVICH V. I., DJAMALUDINOV Yu. A.

The article presents the results of examination of 140 patients with various disorders of the auditory tube. A complex of modern diagnostic methods including endoscopy of nasal cavity and nasopharynx, otomicroscopy, audiometry, timpanometry was applied. The exact identification of the causes of auditory tube dysfunction allows successful treatment of functional auditory tube disorders in the hospital and out-door department.

Key words: eustachian tube dysfunctions, endoscopy, otomicroscopy, timpanometry

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.21:576,8.06 (470.063)

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» И «СУРДОЛОГИЯ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

В. И. Кошель[1], Т. И. Иволга[1], Н. В. Махлиновская[1], И. В. Кошель[1], Е. А. Царцидис[2]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи

Кошель Владимир Иванович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии с курсом ПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352628

Иволга Татьяна Ивановна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии с курсом ПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352628

Махлиновская Надежда Валентиновна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии ПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352628

Кошель Иван Владимирович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры оториноларингологии с курсом ПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352628

Царцидис Екатерина Алексеевна, врач-оториноларинголог отоларингологического отделения Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи; тел.: (8652)717592; e-mail: gogo-83@mail.ru

Одной из главных целей органов и учреждений здравоохранения является максимальное удовлетворение потребности населения в качественной медицинской помощи. Для достижения ее требуется разработка и внедрение в практику систем объективного контроля и программ адекватного обеспечения качества медицинской помощи, что предполагает тесную взаимосвязь амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи на всех этапах [9].

Несмотря на внедрение эффективных способов борьбы с инфекцией, увеличение числа медицинских учреждений, оказывающих узкоспециализированную помощь, удельный вес патологических процессов, при которых требуется оториноларингологическая помощь (далее лор-помощь), в особенности неотложная, остается достаточно высоким и составляет 18–38 % от общего числа госпитализированных, а

по некоторым нозологическим формам даже больше. Этот рост можно объяснить увеличением числа наиболее вирулентных штаммов микроорганизмов, их устойчивостью к антибактериальным препаратам, неоправданно продолжительным самолечением и поздним обращением к оториноларингологу. Кроме того, в последние годы отмечается рост травматизма в связи с дорожно-транспортными происшествиями, техногенными катастрофами [3, 4, 5]. Анализируя данные, представленные учреждениями здравоохранения на территории края, можно отметить тенденцию к быстрому, почти молниеносному развитию ряда лор-процессов с тяжелыми осложнениями, возникающими уже на начальных этапах заболевания. Прослеживается увеличение числа больных с риногенными и отогенными внутричерепными и орбитальными осложнениями [6, 7]. Все вышеизложенное послужило основанием для более детального разбора оказываемой лор-помощи на территории Ставропольского края, разработки и внедрения порядка медицинской помощи по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология».

Внедрение порядка оказания медицинской помощи по профилю «оториноларингология» вызвало необходимость дополнительного анализа сил и средств службы на региональном уровне, а также оценки места и роли врача оториноларинголога в трехуровневой системе оказания медицинской помощи населению. В целях повышения доступности, качества и эффективности оказания помощи в учреждениях здравоохранения края при лор-заболеваниях и во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ был разработан порядок оказания помощи с учетом трехуровневой системы организации.

Были разработаны и утверждены перечень учреждений здравоохранения края, их структурных подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи населению по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология»; положение об организации и оказании медицинской помощи по вышеуказанному профилю; схема прикрепления муниципальных образований края к учреждениям здравоохранения, а также временный порядок маршрутизации пациентов по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология».

Главным врачам муниципальных учреждений здравоохранения поручено организовать оказание медицинской помощи больным с лор-заболеваниями с учетом трехуровневой системы организации, работающей по следующей схеме (табл. 1, 2). Положение регулирует вопросы оказания медицинской помощи населению (взрослым и детям) при заболеваниях уха, горла и носа (далее заболевания лор-органов) в медицинских организациях края (далее – медицинские организации).

На территории края пациенты с заболеваниями лор-органов получают: а) скорую медицинскую помощь; б) в рамках первичной медико-санитарной помощи – терапевтическую (педиатрическую) и оториноларингологическую помощь; в) в рамках специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи – специализированную оториноларингологическую помощь.

Оказание оториноларингологической медицинской помощи включает два этапа: а) первый – догоспитальный, осуществляемый в порядке скорой медицинской помощи врачебными и фельдшерскими выездными бригадами в порядке неотложной медицинской помощи; врачами медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (далее – амбулаторно-поликлинические учреждения); б) второй – госпитальный, осуществляемый в оториноларингологических отделениях (или в отделениях реанимации и интенсивной терапии) на базе медицинских организаций, оказывающих медицинскую оториноларингологическую помощь.

Оказание плановой и экстренной помощи (в том числе специализированной) больным с оториноларингологическими заболеваниями в рамках первичной медико-санитарной помощи организуется в муниципальных бюджетных учреждениях здравоохранения края (специализированной – в специализированных центрах) лечебно-профилактических учреждениях края других форм собственности и управления.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях края помощь лицам с заболеваниями лор-органов в рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется врачом-оториноларингологом в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи. При отсутствии в штате амбулаторно-поликлинического учреждения врача-оториноларинголога возможно оказание медицинской помощи врачом-терапевтом участковым; врачом-педиатром участковым; врачом общей практики (семейным врачом) в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи и с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов.

Таблица 1

Перечень учреждений здравоохранения Ставропольского края и их структурных подразделений, участвующих в оказании медицинской помощи по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология» .
Догоспитальный этап

Медицинское учреждение	Структурное подразделение	Вид медицинской помощи
Медицинские организации: Муниципальные бюджетные учреждения здравоохранения муниципальных образований Ставропольского края, в том числе лечебно-профилактические учреждения других форм собственности и управления (частной, смешанной АООТ, АОЗТ, ТОО и т. д.)	Доврачебная помощь	
	Фельдшерско-акушерские пункты	Доврачебная (фельдшер)
	Первичная медико-санитарная помощь	
	Отделения скорой медицинской помощи	Скорая (неотложная) медицинская помощь (врачебные фельдшерские выездные бригады)
	Врачебная амбулатория Участковая больница Поликлиническое отделение Консультативная поликлиника	Амбулаторно-поликлиническая: а) врач-терапевт участковый, б) врач-педиатр участковый, в) врач общей практики
	Поликлиника: оториноларингологический кабинет	Амбулаторно-поликлиническая: врач-оториноларинголог

Таблица 2

Госпитальный этап
в том числе консультативная специализированная помощь

Медицинское учреждение	Структурное подразделение	Вид медицинской помощи
	Специализированная помощь	
	Межмуниципальный многопрофильный специализированный центр	
МБУЗ «Городская клиническая больница № 3», г. Ставрополь	Стационар: оториноларингологическое отделение	Специализированная
ГБУЗ СК «Краевой центр специализированных видов медицинской помощи № 1» г. Буденновск	Поликлиника: оториноларингологический кабинет, кабинет сурдологии и фониатрии Стационар: оториноларингологическое отделение	
МБУЗ «Городская больница» г. Невинномысск	Поликлиника: оториноларингологический кабинет, кабинет сурдологии Стационар: оториноларингологическое отделение	
МБУЗ «Центральная городская больница города Пятигорска», г. Пятигорск	Поликлиника: оториноларингологический кабинет, кабинет сурдологии и фониатрии Стационар: оториноларингологическое отделение	
МБУЗ «Ессентукская центральная городская больница», г. Ессентуки	Поликлиника: оториноларингологический кабинет, кабинет сурдологии и фониатрии Стационар: оториноларингологическое отделение (специализированные койки по профилю «оториноларингология» в составе хирургического отделения)	
МБУЗ «Кисловодская центральная городская больница», г. Кисловодск	Поликлиника: оториноларингологический кабинет Стационар: оториноларингологическое отделение	
МБУЗ «Петровская центральная районная больница», г. Светлоград	Поликлиника: оториноларингологический кабинет Стационар: оториноларингологическое отделение (специализированные койки по профилю «оториноларингология» в составе хирургического отделения)	
МБУЗ «Городская поликлиника № 1», г. Ставрополь	Поликлиника: кабинет сурдологии	
Детская клиническая больница им. Г. К. Филипского, г. Ставрополь	Стационар: оториноларингологическое отделение	Специализированная
ГБУЗ СК «Краевая детская клиническая больница», г. Ставрополь	Консультативная поликлиника: оториноларингологический кабинет, кабинет сурдологии и фониатрии Стационар: оториноларингологическое отделение	Специализированная, в т. ч. высокотехнологичная
ГБУЗ СК «Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»	Консультативная поликлиника: оториноларингологический кабинет Центр сурдологии и фониатрии Стационар: оториноларингологическое отделение	Специализированная, в т. ч. высокотехнологичная
Лечебно-профилактические учреждения Ставропольского края других форм собственности и управления (частной, смешанной АООТ, АОЗТ, ТОО и т. д.)	Оториноларингологический кабинет Специализированные стационарные койки по профилю «оториноларингология»	Специализированная, в т. ч. высокотехнологичная

В амбулаторно-поликлинических учреждениях при оказании медицинской помощи лицам с заболеваниями лор-органов выполняются следующие функции: а) осуществляется амбулаторное лечение и динамическое наблюдение больных с заболеваниями лор-органов легкой степени тяжести с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи; б) выявляется риск развития заболеваний лор-органов и их осложнений; в) при выявлении у больного высокого риска развития заболевания лор-органов и/или осложнения его направляют на консультацию в кабинет врача-оториноларинголога данного медицинского учреждения.

При направлении пациента к врачу-оториноларингологу врачами других специальностей предоставляется выписка из амбулаторной карты (истории болезни) с указанием предварительного (или заключительного) диагноза, сопутствующих заболеваний, а также имеющихся данных лабораторных и функциональных исследований.

Врач-оториноларинголог амбулаторно-поликлинического учреждения осуществляет диагностическую, лечебную и консультативную помощь больным с острыми и хроническими заболеваниями лор-органов, а также диспансерное наблюдение больных с хроническими и рецидивирующими заболеваниями лор-органов на основе взаимодействия с врачами других специальностей. При невозможности оказания эффективной медицинской помощи в амбулаторном оториноларингологическом кабинете/отделении медицинской организации, а также при необходимости проведения диагностических и/или лечебных мероприятий в условиях общей анестезии больные направляются в ста-

ционарное оториноларингологическое отделение для дифференциальной диагностики, выработки тактики и проведения лечения. Стационарное обследование и лечение больных с заболеваниями лор-органов осуществляется врачом-оториноларинголом в оториноларингологическом отделении медицинской организации, а при отсутствии оториноларингологического отделения – в отделении хирургического профиля, имеющем в своем составе оториноларингологические койки.

При отсутствии медицинских показаний к госпитализации в оториноларингологическое отделение больным проводится амбулаторное терапевтическое или хирургическое лечение. Дальнейшее динамическое наблюдение и лечение данной категории больных проводится в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В случае подозрения или выявления у больного заболевания голосового аппарата или нарушения слуха в оториноларингологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения или в оториноларингологическом отделении медицинской организации больной направляется в оториноларингологический кабинет, оказывающий фониатрическую помощь или, соответственно, к врачу сурдологу-оториноларинголог для проведения обследования, дифференциальной диагностики, определения тактики лечения и проведения необходимых лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения.

В случае подозрения или выявления у больного онкологического заболевания лор-органов в оториноларингологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения или в оториноларингологическом отделении медицинской организации больной направляется в онкологический диспансер для уточнения диагноза и определения последующей тактики ведения пациента.

При подтверждении онкологического заболевания лор-органов лечение и наблюдение пациента осуществляется на основе взаимодействия врачей: врача-оториноларинголога и врача-онколога в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России [10]. При отсутствии в медицинской организации специализированных кабинетов (в том числе оториноларингологического, оказывающего фониатрическую помощь, сурдологического, онкологического) пациент направляется в медицинские организации края или федеральные государственные организации, оказывающие данный вид медицинской помощи и имеющие в своем составе указанные специализированные подразделения или специалистов соответствующей квалификации в установленном порядке.

Скорая медицинская помощь больным при травмах, острых заболеваниях и состояниях лор-органов оказывается согласно данным, представленным в таблице 1, и включает в себя (по показаниям): а) восстановление проходимости дыхательных путей; б) временную остановку кровотечения; в) неотложную помощь при химических и термических ожогах верхних дыхательных путей, пищеварительного тракта и уха; г) инстилляции лекарственных препаратов; д) наложение асептической повязки; е) трахеотомию; ж) обеспечение максимально быстрой транспортировки больного при острых заболеваниях, травмах, состояниях в медицинскую организацию, имеющую в структуре стационарное оториноларингологическое отделение и/или реанимационное отделение (в зависимости от общего состояния больного), для оказания круглосуточной специализированной медицинской помощи.

Больные с признаками травм, острых заболеваний и состояний лор-органов при поступлении в медицинские организации (в том числе при самостоятельном обращении) осматриваются дежурным врачом-оториноларингологом муниципального учреждения здравоохранения, который оценивает общее состояние больного, проводит оториноларингологический осмотр, определяет степень и тяжесть патологического состояния, назначает перечень дополнительных лабораторных, лучевых, инструментальных исследований и консультаций для уточнения диагноза.

В медицинской организации, оказывающей амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь больным с острыми заболеваниями, травмами и состояниями лор-органов, должно быть обеспечено (по возможности) проведение следующих исследований и манипуляций в экстренном порядке (круглосуточно): а) клинических анализов крови и мочи; б) гематокрита и фибриногена; в) искусственной вентиляции легких; г) электрокардиографии; д) рентгенографии; е) компьютерной томографии; ж) эзофагогастродуоденоскопии; з) ларинго- и трахеобронхоскопии.

Рекомендуемое время от момента осмотра врачом-оториноларингологом оториноларингологического отделения до получения результатов диагностических исследований и консультаций должно составлять не более 2 часов. При выявлении у больного показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи данный вид помощи оказывается в соответствии с установленным порядком. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием оториноларингологической помощи больным, может повлечь возникновение болевых ощущений у пациента, то их проведение должно сопровождаться обезболиванием (в том числе, при необходимости, с привлечением врача-анестезиолога-реаниматолога).

После курса основного лечения по медицинским показаниям больной направляется на восстановительное лечение в условиях медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, сурдологического центра, санатория.

Заключение. Трехуровневая система организации лор-помощи на территории Ставропольского края способствовала тесной взаимосвязи всех муниципальных, государственных учреждений здравоохранения и, как следствие, создало тенденцию к максимальному удовлетворению потребности населения в качественной медицинской помощи. Разработка и внедрение порядка оказания медицинской помощи по профилю «оториноларингология» и «сурдология-оториноларингология» с учетом трехуровневой системы организации представляются наиболее апробированными механизмами, способствующими: а) совершенствованию системы управления качеством медицинской помощи и медицинскими ресурсами; б) обеспечению непрерывности повышения качества медицинской помощи; в) повышению ответственности и уровня профессионализма медицинских работников; г) оптимизации лечебно-диагностического процесса и ограничению расходов на медицинское обслуживание; д) урегулированию лечебно-диагностического процесса в плане обеспечения адекватности, доступности и безопасности медицинской лор-помощи пациенту. На современном этапе развития медицинской науки и практики при растущем дисбалансе между потребностью населения получить качественную медицинскую помощь и возможностью ее обеспечения магистральным направлением и решением проблем лор-помощи, в том числе качественной медицинской помощи на территории края (в полном ее понимании и смысле), является реформирование системы здравоохранения в сторону стандартизации [1–5, 8], то есть

предполагает разработку федеральных стандартов. В связи с этим с 2013 года планируется переходный период для работы по клинико-статистическим группам.

Литература

1. Власов, В.В. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В.В. Власов. – М., 2000. – 447 с.
2. Стандарты организации в здравоохранении. Концептуальные и методические подходы / П.А. Воробьев, Е.В. Деркач, В.В. Бальчевский [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2004. – № 6. – С. 12–16.
3. Качество медицинской помощи (анализ и контроль) / под ред. В.З. Кучеренко. – М. : ММА им. И.М. Сеченова, 1997. – 25 с.
4. Линденбратен, А.Л. Некоторые организационно-методологические аспекты оценки качества медицинской помощи // Управление качеством медицинской помощи в Российской Федерации. – М., 1997. – С. 63–67.
5. Линденбратен, А.Л. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений / А.Л. Линденбратен. – М., 1999. – 66 с.
6. К вопросу о диагностике и лечении атипичного мастоидита / А. И. Лопотко, В. Г. Меркулов // Вестник оториноларингологии. – 1991. – № 2. – С. 59–62.
7. Лорченко, В.Е. Внутричерепные отогенные осложнения / В. Е. Лорченко // II съезд оториноларингологов Белоруссии. – Минск, 1984. – С. 140–142.
8. Мескон, М. Основы менеджмента / М. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури. – М. : Дело, 1998. – 699 с.
9. Rudert, H. Die endonasale Koagulation der Arteria sphenopalatina bei schwerer posterior Epistaxis / H. Rudert, S. Maune // J. Laryngol. Rhinol. Otol. – 1997. – Vol. 76, № 2. – P. 77–82.
10. Приказ Минздравсоцразвития России от 3 декабря 2009 г. N 944н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи онкологическим больным» (зарегистрирован Минюстом России 15 декабря 2009 г. № 15605).

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» И «СУРДОЛОГИЯ-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ» НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

В. И. КОШЕЛЬ, Т. И. ИВОЛГА,
Н. В. МАХЛИНОВСКАЯ, И. В. КОШЕЛЬ,
Е. А. ЦАРЦИДИС

С целью оказания качественной медицинской оториноларингологической помощи в учреждениях здравоохранения Ставропольского края разработан и внедрен порядок оказания медицинской помощи с учетом трехуровневой системы организации. Трехуровневая система организации лор-помощи способствовала: а) тесной взаимосвязи всех муниципальных, государственных учреждений здравоохранения; б) создало тенденцию к максимальному удовлетворению потребности населения в качественной медицинской помощи; в) оптимизации лечебно-диагностического процесса и ограничению расходов на медицинское обслуживание; г) урегулированию лечебно-диагностического процесса в плане обеспечения адекватности, доступности и безопасности медицинской лор-помощи пациентам.

Ключевые слова: оториноларингологическая помощь, порядок оказания помощи, трехуровневая система

HEALTH CARE MANAGEMENT IN OTORHINOLARYNGOLOGY AND AUDIOLOGY–OTORHINOLARYNGOLOGY AT STAVROPOL TERRITORY

KOSHEL V. I., IVOLGA T. I.,
MAKHLINOVSKAYA N. V., KOSHEL I. V.,
TZARTZIDIS E. A.

To provide high-quality otorhinolaryngologic care in health-care institutions of Stavropol Territory, medical care procedure was elaborated and worked in practice in terms of the three-level managing approach. Three-level ENT-managing approach contribute to: a) close interaction of municipal state health-care institutions; b) complete satisfaction of requirement in high-quality medical care; c) optimizing of diagnostics and treatment process and also limitation of health service expenditures; d) providing of validity, accessibility and safety of ENT medical care.

Key words: otorhinolaryngologic care, medical care procedure, three-level managing approach

© Л.Е. Пономарев, 2012
УДК 616.322-002-036.12-053.3/.5-073.65/.66

ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Л. Е. Пономарев
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Пономарев Леонид Емельянович, доктор медицинских наук, профессор кафедры лор-болезней
Кубанского государственного медицинского университета;
тел.: (861) 262-17-63, 89183543924;
e-mail: for_ludmila@inbox.ru

Тепловизионный метод исследования основан на принципе бесконтактной регистрации теплового излучения кожных покровов человека с помощью тепловизора. Первые сообщения об использовании жидкокристаллической

и инфракрасной термографии в оториноларингологии опубликованы около 40 лет назад, они касались в основном диагностики риносинуитов [4, 5, 8, 9, 10, 11]. Несколько позже появились исследования по диагностике тонзиллитов [1, 2, 3, 6].

Целью данной работы было определение тепловизионными методами степени активности патологических процессов, протекающих в небных миндалинах и других органах при хроническом тонзиллите у детей.

Материал и методы. Инфракрасную термографию осуществляли на отечественном быстродействующем тепловизоре «Радуга-МТ» по методике Е.В. Гмыря [2]. При этом производили теплоскопию и дистанционную термометрию. Последнюю считали наиболее информативной, поддающейся математической обработке. Для выработки дифференциально-диагностических признаков различных форм хронического тонзиллита изучали терморельеф шеи и конечностей здоровых детей (50) и больных хроническим тонзиллитом (55 – с компенсированной и 245 – с декомпенсированной формой).

Результаты и обсуждение. Термотопограмма конечностей здоровых детей выглядела следующим образом.

На верхних конечностях наблюдалось проксимально-дистальное снижение температуры: от плечевого сустава к лучезапястному, в среднем до 1,0–2,0 °С; ΔТ – снижение на нижних конечностях от тазобедренного сустава до стоп было больше – до 3,0–4,0 °С; максимальное снижение температуры наблюдалось от середины голени до стопы. Температура кистей достаточно вариабельна; область межфаланговых суставов изотермична с фалангами или на 0,1 °С холоднее их; область коленного сустава изотермична с нижней частью бедра или холоднее до 0,3 °С; температура голеностопного сустава была равна или холоднее нижней трети голени до 0,5 °С.

Анализируя данные литературы и результаты собственных исследований, мы выделили следующие значения ΔТ °С: 0–0,5 – норма; 0,6–1,1 – незначительная гипертермия; 1,2–1,6 – умеренная гипертермия; более 1,6 – выраженная гипертермия.

При тепловизионном обследовании подчелюстной области детей с хроническим тонзиллитом мы практически не встречали ΔТ °С > 1,6, т. е. выраженной гипертермии. Но при исследовании суставов такая гипертермия имела место.

Хронический тонзиллит компенсированной формы, а также декомпенсированной при положительных результатах лечения характеризуется ограниченной по площади гипертермией в проекции подчелюстных лимфатических узлов и в верхнем отделе шеи. Температурные градиенты близки к нормальным.

Декомпенсированная форма хронического тонзиллита проявляется общим «разогревом» шеи, симптомом «воротника», где на фоне умеренной гипертермии выявляются отдельные, более яркие очаги свечения в проекции лимфатических узлов шеи, в основном подчелюстных. Чем активнее воспаление в небных миндалинах, тем больше площадь интенсивности свечения; степень гипертермии справа и слева может быть различной, что свидетельствует о разном уровне воспаления в миндалинах.

Группа из 245 детей в возрасте 7–14 лет с хроническим тонзиллитом декомпенсированной формы представляла наибольший интерес из-за разнообразия проявлений декомпенсации и динамики заболевания в результате лечения. Поэтому этим детям проводили тепловизионное обследование в процессе лечения.

Декомпенсация у детей этой группы проявлялась в виде рецидивов ангин, тонзиллогенной интоксикации и у части больных артралгией. Детям в условиях курорта Анапа проведено комплексное немедикаментозное лечение с применением природных физических факторов курорта и ряда преформированных, используемых местно (ультрафонотерапия, фототерапия некогерентным красным светом, вакуум-гидротерапия). Данные тепловизионного обследования подчелюстной области этих детей представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты тепловизионного обследования подчелюстной области у детей с хроническим тонзиллитом декомпенсированной формы до и после лечения

Наличие гипертермии (ΔТ °С)	Время обследования			
	До лечения		После лечения	
	абсолютное число	%	абсолютное число	%
0–0,5 (норма)	40	16,4	189	77,2
0,6–1,1	176	71,8	39	15,9
1,2–1,6	29	11,8	17	6,9
Всего	245	100	245	100

До лечения тепловизионное исследование подчелюстной области выявило гипертермию у 205 (83,6 %) из 245 детей. Умеренная гипертермия ΔТ=1,2–1,6 °С) была у 29 детей, при этом наблюдалась разлитая гипертермия шеи по типу «воротника». У 176 из 205 она была незначительной, ΔТ = 0,6–1,1 °С.

После лечения отмечено уменьшение гипертермии в подчелюстной области до нормы у 149 больных (72,7 %) из 205: группа детей с незначительной гипертермией уменьшилась в 4,5 раза; с умеренной гипертермией – лишь в 1,7 раза. После лечения нормальная Т° в этой области была у 189 (77,2 %) из 245 больных. Артралгия была отмечена у 42 из 245 детей только во время ангин, других проявлений поражения суставов не было. При тепловизионном обследовании конечностей гипертермия была выявлена в области коленных суставов – у 56 детей (22,9 %), голеностопных суставов – у 20 детей (8,2 %) и межфаланговых, локтевых, лучезапястных суставов – у 17 детей (7,8 %).

Гипертермия над голеностопными, межфаланговыми, лучезапястными и локтевыми суставами не была изолированной и определялась лишь в сочетании с гипертермией коленных. Эти данные представлены в таблице 2.

После проведенного на курорте комплексного немедикаментозного лечения гипертермия суставов не определялась у 89,8 % детей, у остальных 10,2 % детей гипертермия коленных, голеностопных, межфаланговых суставов значительно уменьшилась.

Положительная динамика при лечении больных хроническим тонзиллитом наблюдалась в подчелюстной области при тепловизионном обследовании на 8–10 день от начала лечения, а над суставами – на 15–18 день. Прослеженные через год отдаленные положительные клинические результаты отмечены у 81,9 % пролеченных детей. Выявлено соответствие данных тепловизионного исследования небных миндалин с результатами клинического обследования.

Таблица 2

Данные тепловизионного обследования суставов у детей с хроническим тонзиллитом декомпенсированный формы до и после лечения (n=245)

Наличие гипертермии суставов (ΔТ °С)		Суставы				
		коленный	голеностопный	межфаланговый	лучезапястный	локтевой
Абс. число	до лечения	56	20	7	5	5
	после лечения	25	14	4	-	-
%	до лечения	22,9	8,2	2,9	2	2,9
	после лечения	10,2	5,7	1,6	-	-
ΔТ °С	до лечения	1,13±0,04	1,62±0,02	1,30±0,02	1,00±0,01	1,00+0,01
	после лечения	0,68+0,02	0,72±0,03	0,80±0,03	-	-

Выводы

1. Наиболее информативными зонами, отражающими активность воспаления при хроническим тонзиллите, являются верхний отдел шеи, а также область коленного и голеностопного суставов. Гипертермия в подчелюстной области выявлена у 83,6 % детей с декомпенсированной формой хронического тонзиллита, после лечения отсутствие здесь гипертермии отмечено у 72,7 % детей.
2. При отсутствии клинических проявлений воспаления в суставах тепловизионное обследование способно определить начальные проявления тонзиллогенной интоксикации в виде гипертермии, что было отмечено у 22,9 % больных, и уменьшение ее в результате эффективной терапии, что имело место у всех пролеченных детей.
3. Положительная динамика при лечении больных хроническим тонзиллитом проявлялась в подчелюстной области при тепловизионном обследовании на 8–10 день от начала лечения, а над суставами – на 15–18 день.
4. Отмечено определенное соответствие данных тепловизионного исследования результатам клинического обследования детей с хроническим тонзиллитом.
5. Тепловизионное обследование – объективный метод выявления воспаления небных миндалин и контроля за результатами лечения. Данный метод бесконтактный, безвредный и безболезненный, что важно при работе с детьми.

Литература

1. Безчинская, М.Я. Термография в диагностике хронического тонзиллита / М.Я. Безчинская // Вестн. оториноларингологии. – 1985. – № 2. – С. 53–55.
2. Гмыря, Е.В. Вопросы интерпретации и описания термограмм лица и шеи у здоровых людей / Е.В. Гмыря // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1985. – № 4. – С. 13–16.
3. Лобода, А.Ю. Тепловидение в диагностике тонзиллита и синуита у детей / А.Ю. Лобода, Л.Е. Пономарёв, Д.Б. Щербаков // 6-й съезд оториноларингологов РСФСР : тез. докл. – Оренбург, 1990. – С. 182–184.
4. Логинова, В.Н. Цветная термография жидкими холестерическими кристаллами в диагностике заболеваний лор-органов / В.Н. Логинова // Третья Всесоюзн. конф. по жидким кристаллам и их практическому использованию : тез. докл. – Иваново, 1974. – С. 173–175.
5. Маградзе, И.И. Роль термографии в диагностике гайморитов и фронтитов / И.И. Маградзе // Термодиагностика в клинической медицине : тез. конф. – Тбилиси, 1974. – С. 14–18.
6. Плужников, М.С. Диагностическое значение метода термографии на современном этапе развития / М.С. Плужников, В.Г. Меркулов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – № 1. – С. 23–25.
7. Пономарёв, Л.Е. Тепловизионная диагностика хронического тонзиллита / Л.Е. Пономарёв, А.Г. Липаткина, Е.Т. Пономарёва // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1997. – № 2 (10). – С. 70.
8. Преображенский, Н.А. Термография как диагностический метод / Н.А. Преображенский, Е.М. Охотина // Вестн. оториноларингологии. – 1974. – № 1. – С. 50–55.
9. Kovy, T. A thermographiaalkalmazasa aful – orr-gegegy-ogyaszatban / T. Kovy, S. Pal // Ful-orr-Gegegyog. – 1973. – Vol. 19, № 3. – P. 174–179.
10. Lawson, R. Implications of surface temperatures in the diagnosis of breast cancer / R. Lawson // Canad. Med. Ass. J. – 1956. – Vol. 75. – P. 309–310.
11. Lindstrom, J. Infrared thermography inotolaryngology / J. Lindstrom // Acta Otolaryngol. – 1966. – Vol. 27. – Suppl. 224. – P. 434–436.

ТЕПЛОВИЗИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Л. Е. ПОНОМАРЕВ

Тепловизионное исследование проведено 245 детям с декомпенсированной формой хронического тонзиллита в процессе комплексного немедикаментозного лечения на курорте. Гипертермия в подчелюстной области как признак воспаления небных миндалин выявлена у 83,6 % детей; после лечения она не определялась у 72,6 % больных. Повышенная температура коленных суставов отмечена у 22,9 % больных при отсутствии других проявлений воспаления, она уменьшилась у всех детей после лечения. Положительная динамика при лечении больных с хроническим тонзиллитом выявлялась тепловизионными методами в подчелюстной области на 8–10 день от начала лечения, над суставами на 15–18 день.

Ключевые слова: тепловизионное исследование, хронический тонзиллит, лечение, дети

THERMAL VISION STUDY OF CHRONIC TONSILLITIS IN CHILDREN

PONOMARUEV L. E.

Thermal vision study was carried out at 245 children with decompensated chronic tonsillitis during complex nondrug treatment in a health resort. Hypertermy in submandibular area was revealed in 83,6 % of children. After treatment it disappeared in 72,6 % of cases. Before the treatment by this method, the high temperature of knee-joints was in 22,9 % of the cases. At the absence of other symptoms of inflammation, it has decreased in all children after treatment. The positive dynamics of the treatment of patients with chronic tonsillitis was revealed with thermal imaging method in the submandibular area on the 8–10 days from the beginning of the treatment, over the joints – on the 15–18 days.

Key words: thermal vision study, chronic tonsillitis, children, treatment

© Коллектив авторов, 2012
УДК 611.284-003.2:615. 835. 14] – 053.5

КАК МЫ ЛЕЧИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ

В. П. Карпов[1], И. П. Енин[1], В. М. Моренко[1], Ю. А. Джамалудинов[2]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Дагестанская государственная медицинская академия

Одной из основных причин развития кондуктивной тугоухости является дисфункция слуховой трубы и ее последствия [2, 13]. При нарушениях эквипрессорной и дренажной функций почти неизбежно возникают патологические изменения в полостях среднего уха от экссудативного до фиброзно-адгезивного или хронического гнойного среднего отита [1, 8]. Несвоевременная диагностика, нерациональная антибиотикотерапия, ограниченное применение парацентеза и шунтирования способствуют развитию вялотекущих, негнойных процессов в барабанной полости, что ведет к стойкой кондуктивной тугоухости. Существуют два принципиально разных подхода – комплекс консервативных мероприятий или хирургическое лечение. В последнем случае наиболее часто используется шунтирование барабанной полости. Однако этот способ не лишен ряда существенных недостатков и осложнений в виде отореи, вызванной инфицированием среднего уха; смещения шунта; развития атрофии барабанной перепонки и мирингосклероза; наконец, формирования стойкой перфорации барабанной перепонки.

Целью данной работы являлась разработка нового пути реабилитации больных с функциональной дисфункцией слуховых труб с целью профилактики развития стойкой тугоухости.

Материал и методы. Для реализации цели предложен способ дозированной вакуум-терапии [6] и устройство для его осуществления [5]. С использованием тимпанометрии определяется уровень внутрибарабанного давления и подбираются индивидуальные вкладыши с целью герметичной обтурации наружного слухового прохода. С помощью микрокомпрессора в наружных слуховых проходах создается отрицательное давление (контроль по манометру), соответствующее данным, полученным при тимпанометрии, с понижением его дополнительно на –200 декаПа. Если же получен тип тимпанограммы «В», где невозможно определить уровень давления внутри барабанной полости, то отрицательное давление в наружных слуховых проходах дается на уровне ниже порога болевых ощущений (до –400 декаПа).

Сеанс терапии продолжается 5 минут. Во время сеанса больному рекомендуется периодически выполнять глотательные движения. Процедура может выполняться как однократно, так и несколько раз в сутки (от 2 до 4) для быстрейшего достижения стойкого эффекта. Курс лечения – 10 сеансов. Применение вакуум-терапии мы рассматриваем как альтернативу шунтированию. Лечение получали 120 человек, страдающих экссудативными средними отитами, вызванными функциональной дисфункцией слуховых труб.

В качестве контроля эффективности терапии проводилась аудиометрия перед началом курса, после первого сеанса и по окончании терапии. Тимпанометрия проводилась сразу после выполнения первого сеанса, через сутки и по окончании курса лечения.

Результаты и обсуждение. Все больные вакуум-терапию переносили хорошо. Визуально уже после первой процедуры отмечались положительные изменения в отоскопической картине, улучшалась подвижность барабанной перепонки. Практически у всех больных, до лечения имевших видимый уровень транссудата, через 2–5 процедур он уже не просматривался. Уменьшалось, а затем и исчезало наблюдаемое ранее втяжение барабанной перепонки.

К концу курса лечения у большинства больных (85 %) удалось полностью восстановить цвет, опознавательные пункты и подвижность барабанной перепонки.

После проведенного первого сеанса вакуум-терапии многие больные субъективно отмечали улучшение слуха. При продолжении терапии изменения слуха носили все более стойкий характер, начиная в среднем с 4–6 процедуры улучшение слуха становилось стойким. Снижался уровень шума в ушах. Эти субъективные данные потребовали проведения объективного исследования. По показателям аудиометрии по завершении всего курса у большинства – 87 % – больных удалось полностью восстановить слуховую функцию.

Положительные результаты тимпанометрии выглядели обнадеживающими. В результате первого сеанса вакуум-терапии у 34 % больных (до начала – 0 %) отмечалась регистрация нормальной кривой тимпанограммы. У 32 (26,7 %), регистрировалось небольшое, положительное (до +50 декаПа) интратимпанальное давление. Этот феномен мы считаем прогностически весьма благоприятным.

Карпов Владимир Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии, заведующий лор-отделением 3-й городской клинической больницы;
тел.: (8652)561365, (8652)427047;
e-mail: Karpov_Vladimir_@mail.ru

Енин Иван Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)565527

Моренко Вера Михайловна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)561365

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич, доктор медицинских наук, и.о. профессора кафедры оториноларингологии с усовершенствованием врачей Дагестанской государственной медицинской академии;
тел.: 89282305071

В группе больных с тимпанограммами типа «С» даже после одного сеанса вакуум-терапии наблюдалась определенная статистически достоверная положительная динамика интратимпанального давления. Результат доходил до изменения в +30–40 декаПа. Учитывая целостность барабанной перепонки, эти данные наглядно свидетельствуют о возможности и результативности пассивного открытия слуховой трубы при проведении вакуум-терапии. Снизилось число больных с тимпанограммами типа «В». При этом надо отметить, что при субъективном восстановлении или улучшении слуха у большинства больных отмечался «хлопок», «треск» или «щелчок» в ухе. Уменьшилось и число больных с тимпанограммами типа «С» – 54 % против 70 %. По возрастным группам изменение тимпанограмм не имело сколько-нибудь существенного различия (P>0,05). Положительная динамика зависела не от возраста больного, а от особенностей функционального состояния его слуховой трубы на момент воздействия.

По завершении всего курса удалось получить положительные результаты: восстановление нормальной кривой – у 71,7 % больных, у 20,8 % отмечался явный сдвиг в положительную сторону, и лишь у 9 больных (7,5 %) изменений не было отмечено.

Восстановление проходимости слуховых труб зарегистрировано у 111 (92,5 %) больных, тогда как до лечения различная степень нарушения функций слуховых труб (в основном 2–3) в этой группе была у 100 % пациентов (P<0,001).

В лечении больных экссудативными средними отитами возможно несколько подходов – комплекс консервативных мероприятий, хирургическое лечение (тимпаностомия) и применение вакуум-терапии.
Проводя анализ сравнительной эффективности всех трех методов лечения экссудативных средних отитов, мы получили следующие результаты.

У подавляющего числа пациентов нам удалось добиться полного восстановления или значительного улучшения функционирования слуховых труб. Анализируя итоги по этому показателю, можно отметить преимущество вакуум-терапии перед шунтированием и традиционным консервативным лечением (P<0,01). Сравнивая показатели консервативного лечения, шунтирования и вакуум-терапии по степени среднего значения костно-воздушного интервала проведение вакуум-терапии имеет статистически достоверное (P<0,001) преимущество перед консервативным лечением и шунтированием.

По нашему мнению, при отсутствии эффекта вакуум-терапии по данным тимпанометрии после 5 сеансов следует использовать шунтирование барабанной полости. Соблюдение указанной последовательности мероприятий поможет предупредить формирование адгезивного процесса в среднем ухе и, следовательно, стойкой тугоухости.

Выводы

1. Применение разработанного нами устройства и способа для проведения дозированной вакуум-терапии у пациентов с функциональными расстройствами слуховой трубы способно привести к пассивному открытию слуховой трубы, восстановлению нормальной вентиляции и дренирования полостей среднего уха.
2. Вакуум-терапия является неинвазивным, безболезненным и абсолютно безопасным методом лечения. Эффективность лечения достаточно высока.
3. Вакуум-терапия может широко применяться в лечении функциональных тубарных расстройств в стационарных или поликлинических условиях.

Литература

1. Бобошко, М.Ю. Слуховая труба / М.Ю. Бобошко, А.И. Лопотко. – СПб., 2003. – 360 с.
2. Бурмистрова, Т.В. Этиологические аспекты экссудативного среднего отита / Т.В. Бурмистрова, Н.А. Дайхес, А.В. Анташов // Новости рос. оториноларингологии. – 2004. – № 5 (12). – С. 38–44.
3. Дмитриев, Н.С. Экссудативный средний отит у детей. Патогенетический подход к лечению : метод. указания / Н.С. Дмитриев, Н.А. Милешина, Н.И. Колесова // Науч. центр аудиологии и слухопротезирования. – М., 1996. – 21 с.
4. Иоффе, Н.С. Лечебное и диагностическое значение вакуума в наружных слуховых проходах / Н.С. Иоффе // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – № 1. – С. 81–84.
5. Пат. № 2221527 Российская Федерация, МПК7 А 61 F 11/00 11/08. Способ дозированной вакуум-терапии у больных хроническими катаральными и экссудативными средними отитами и устройство для его осуществления / Карпов В.П., Енин И.П., Лопотко А.И.; Заявитель и патентообладатель Карпов Владимир Павлович. – № 2001130100; заявл. 06.11.01; опубл. 20.01.04, Бюл. № 2 (Пч.). – 3 с.
6. Карпов, В.П. Новый способ лечения больных с экссудативными средними отитами / В.П. Карпов // Современные вопросы диагностики и реабилитации больных с тугоухостью и глухотой : сб. мат. науч.-практ. конф. – Суздаль, 2006. – С. 91.
7. Милешина, Н.А. Возрастные особенности экссудативного среднего отита: диагностика, лечение, отдаленные результаты : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Милешина Н.А. – М., 1994. – 18 с.
8. Преображенский, Н.А. Экссудативный средний отит / Н.А. Преображенский, И.И. Гольдман. – М., 1987. – 192 с.
9. Симановский, Н.П. Лекции по ушным, носовым и горловым болезням / Н.П. Симановский. – СПБ., 1914. – 468 с.
10. Темкин, Я.С. Глухота и тугоухость / Я.С. Темкин. – М., 1957. – 427 с.
11. American Speech – Language – Hearing Association /1990/ Guidelines for Screening for Hearing Impairment and Middle ear Disorders. – ASHA. – 1990. – Vol. 32, suppl. 2. – P. 17–24.
12. Chan, K.H. Lack of efficacy of middle-ear inflation: treatment of otitis media with effusion in children / K.H. Chan, C.D. Bluestone // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1989. – Vol. 100, № 4. – P. 317–323.
13. Sade, J. The pars flaccida middle ear presure and mastoid pneumatisation index / J. Sade, C. Fuchs, M. Luntz // Acta Otolaryngol / Stockh. – 1996. – Vol. 116, № 2. – P. 284–287.

КАК МЫ ЛЕЧИМ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ СЛУХОВЫХ ТРУБ
В. П. КАРПОВ, И. П. ЕНИН,
В. М. МОРЕНКО, Ю. А. ДЖАМАЛУДИНОВ

Целью данной работы являлась разработка нового пути реабилитации больных с функциональной дисфункцией слуховых труб с целью профилактики развития стойкой тугоухости. Приведено обоснование применения вакуум-терапии при лечении 120 больных с функциональными расстройствами слуховой трубы. Данные исследования подтверждают, что дозированное разрежение воздуха в наружных слуховых проходах приводит к пассивному открытию слуховой трубы. В сравнительном аспекте с другими методами лечения отмечается высокая эффективность, безопасность способа. По всем характеристикам вакуум-терапия может быть рекомендована для широкого использования в лечении функциональных тубарных расстройств.

Ключевые слова: дисфункция слуховой трубы, тимпанометрия, вакуум-терапия

HOW WE TREAT EUSTACHIAN TUBES DYSFUNCTIONS
KARPOV V. P., ENIN I. P.,
MORENKO V. M., DJAMALUDINOV Yu. A.

The aim of the research was to develope a new way of rehabilitation of patients with functional disorders of the auditory tube and prevention of the persistent hearing loss. Vacuum-therapy effect was evident in 120 patients with functional disorders of the auditory. Authors confirmed that dosed rarefying of air in the ear channel leads to passive opening of auditory tube. The above method demonstrated high efficiency and safety. Vacuum-therapy can be widely applied for treatment of functional auditory tube disorders.

Key words: eustachian tube dysfunctions, timpanometry, vacuum-therapy

© Коллектив авторов, 2012
УДК 612.1:612.115:616.155.25:612.048:616-053.34

ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА МАТЕРИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

Т. П. Бондарь[1], Е. О. Цатурян[2], А. Ю. Муратова[1]
[1]Северо-Кавказский федеральный университет, Ставрополь
[2]Ставропольская государственная медицинская академия

Улучшение охраны материнства является одной из восьми «целей тысячелетия» в области развития, принятых международным сообществом на саммите ООН тысячелетия в 2000 году, которая направлена на снижение коэффициента материнской смертности за период 1990–2015 годов на три четверти [3].

Система мер в области охраны репродуктивного здоровья женщин занимает ведущее место в решении демографических проблем нашей страны [4]. В этой связи возросло значение акушерской и неонатальной службы. За последние годы отмечается значительное снижение перинатальной смертности: в 2007 г. она составила 9,4 ‰ на 1000 родившихся живыми, а в 2010 г. – 7,5 ‰ [7]. Однако эти данные значительно выше, чем в странах Европы. Кроме того, анализ статистических данных состояния здоровья беременных свидетельствует о негативной тенденции [1].

В последние годы тромбо-геморрагические расстройства остаются частым осложнением беременности, родов и тяжелых форм неонатальной патологии и непосредственной причиной смерти в этом периоде [2]. Отсутствие значительного прогресса связано с недостаточной ясностью процессов становления и регуляции гемостаза во время беременности. Помимо физиологических изменений гемостаза, особую роль в повышении риска развития тромбозов играют врожденные и приобретенные дефекты системы гемостаза, которые потенцируют состояние гиперкоагуляции с тенденцией к развитию тромбозов [5]. Общеизвестное положение о склонности новорожденных к геморрагическим и тромботическим осложнениям до сих пор не имеет однозначной интерпретации.

В связи с вышеуказанным целью исследования явилось изучение взаимосвязи количественных, морфологических и функциональных показателей тромбоцитарного звена гемостаза у матерей и их новорожденных детей в норме и при тромбо-геморрагических осложнениях родов.

Материал и методы. Обследовано 64 человека – 32 женщины в день родов и 32 новорожденных, обследуемые находились в родильном отделении Ставропольской городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

Все обследованные условно были разделены на 4 группы. I группа – 15 здоровых рожениц, средний возраст 25,4±3,6 года, акушерский анамнез без особен-

Бондарь Татьяна Петровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медицинской биохимии, клинической лабораторной диагностики и фармации Северо-Кавказского федерального университета, Институт живых систем;
тел.: (8652)355068; e-mail: tatiana_bond_st@mail.ru

Цатурян Елена Олеговна, врач-интерн кафедры клинической лабораторной диагностики с курсом бактериологии Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)355068; e-mail: E-tsaturyan@yandex.ru

Муратова Анна Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры медицинской биохимии, клинической лабораторной диагностики и фармации Северо-Кавказского федерального университета, Институт живых систем;
тел.: (8652)355068; e-mail: sandro_st@mail.ru

ностей. II группа – 15 новорожденных от здоровых женщин первой группы, оценка состояния в родах была не менее 7–8 баллов по шкале Апгар. III группа – 17 женщин с тромбо-геморрагическими осложнениями, критериями включения в данную группу являлись данные личного и семейного анамнеза. Пациентки обращались с неясным генезом внутриутробной гибели плода, задержкой развития плода, ранним развитием гестоза, привычным невынашиванием, тромбоэмболическими осложнениями при беременности, после родов, при использовании гормональной контрацепции, с повторными потерями беременности. Лабораторным критерием отбора служили данные гемостазиологических исследований, свидетельствующие о тромбофилитических, гиперкоагуляционных нарушениях, не соответствующих сроку беременности. IV группа – 17 детей, рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями беременности и родов.

Морфо-функциональное состояние тромбоцитов оценивали по результатам автоматического гематологического анализа, компьютерной цитоморфометрии (КЦ) и агрегационной способности тромбоцитов. С помощью автоматического анализатора Cell-Din-1700 («Эббот», США) определяли такие показатели, как общее количество тромбоцитов (PLT), средний объём тромбоцитов (MPV), ширина распределения тромбоцитов по объёму (PDW) и тромбокрит (PCT). Метод КЦ позволил изучить следующие геометрические и оптические характеристики тромбоцитов: площадь клетки, диаметр клетки, фактор формы, поляризация клетки, доля синего и красного цвета в препарате. В качестве индукторов агрегации использовали АДФ (0,2 мМ/л), коллаген (0,2 %) и ристоцетин (5 мкМ/мл). Статистическую обработку данных проводили с использованием методов параметрического и непараметрического анализа и пакета Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Статистическая обработка результатов обследования новорожденных и их матерей по предложенной схеме позволила выявить некоторые закономерности (табл. 1).

Показатели PLT, MPV, PCT и PDW у пациентов с тромбо-геморрагическими осложнениями выше, чем здоровых обследованных. При этом у здоровых детей количество тромбоцитов достоверно ниже, чем у матерей на 18 %, а у больных эта разница достоверно выше на 12 %. Объем тромбоцитов у здоровых матерей и их детей не различается, достоверных отличий в III и IV группах не установлено, но при этом у новорожденных объем больше на 3,7 %. В I и II группах тромбокрит не имеет существенных различий. Показатель PCT в группе детей, рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями, достоверно выше на 58,3 %, чем аналогичный показатель в III группе. Ширина распределения тромбоцитов по объему не имеет достоверных отличий во всех группах обследуемых. Однако у матерей I группы данный показатель выше на 2,5 %, чем у здоровых новорожденных.

Компьютерная цитоморфометрия позволяет выявить более тонкие, чем рутинные методы исследования, нарушения в тромбоцитах при патологии. Статистический анализ результатов компьютерной цитоморфометрии тромбоцитов в группах новорожденных детей и их матерей позволил выявить некоторые особенности (табл. 2).

Как показано в таблице 2, у матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями и их новорожденных детей прослеживается тенденция к увеличению морфометрических показателей тромбоцитов в сравнении со здоровыми матерями и их детьми. В группах детей и их матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями родов геометрические и оптические показатели тромбоцитов имеют достоверные различия. Средний диаметр тромбоцитов в группах здоровых детей и рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями родов на 3,6 и 29,2 % соответственно выше, чем в группах их матерей. Существенные различия в показателях площади тромбоцитов имеются в III и IV группах. Так, у детей, рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями, этот показатель выше на 95,6 %. Достоверное повышение фактора формы существует в I и II группах и III и IV группах и составляет 15,5 и 43 % соответственно. У матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями индекс омоложения тромбоцитов достоверно выше на 24 %, чем у их детей, а в группах здоровых эта разница составляет 21,4 %. Поляризация не имеет достоверных отличий в I и II группах обследованных, однако у здоровых детей данный показатель выше на 25 %. Достоверное отличие показателя поляризации зарегистрировано в III и IV группах: у матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями он был на 58,8 % ниже, чем у детей IV группы.

Указанные факты подтверждают выявленную активацию тромбоцитарного звена гемостаза у детей в связи с увеличением размеров клетки, являющимся признаком её активности; при этом отмечается снижение индекса омоложения тромбоцитов, что свидетельствует о несовершенстве их функции.

Таким образом, у детей, рожденных от здоровых матерей, отмечается повышение среднего диаметра, площади, фактора формы и поляризации тромбоцитов, при этом индекс омоложения тромбоцитов у них ниже, чем у здоровых матерей. У детей, рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями, наблюдается аналогичная тенденция изменения показателей в сравнении с больными матерями, однако отличия в III и IV группах выражены ярче и являются достоверными. Увеличение геометрических характеристик у детей в норме и при патологии свидетельствует о повышении в крови количества крупных тромбоцитов и усилении степени изрезанности краев тромбоцитов, ведущем к повышению их реактивности по сравнению с данными матерей. Повышение индекса омоложения тромбоцитов у матерей обеих групп указывает на большое количество «молодых» тромбоцитов в крови, что является следствием активации тромбоцитопоэза. О возрастании функциональной активности у детей II и IV групп свидетельствует повышение поляризации тромбоцитов в сравнении с аналогичным показателем в группах матерей.

По мнению А.Н. Сидоркиной и соавт. [6], существует взаимосвязь между степенью повышения агрегационной активности и наличием тромботических осложнений. В рамках данного исследования проведен анализ агрегационной способности тромбоцитов у детей и их матерей в норме и при тромбо-геморрагических осложнениях родов (табл. 3).

При рассмотрении функциональных особенностей тромбоцитов у новорожденных выявлено достоверное снижение скорости агрегации тромбоцитов с коллагеном, АДФ и ристоцетином в сравнении с показателями матерей в норме и при тромбо-геморрагических осложнениях родов. В группе здоровых новорожденных показатели скорости агрегации тромбоцитов с АДФ, коллагеном и ристоцетином на 89,6; 96,9 и 54,2 % соответственно ниже, чем у здоровых матерей. У детей, рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями родов, скорость агрегации с АДФ на 91 %, с коллагеном – на 97,7 %, а с ристоцетином – на 69,2 % ниже, чем у матерей III группы.

Таблица 1

Основные показатели тромбоцитарного звена гемостаза у детей и их матерей в норме и при патологии

Показатель, единица измерения	Здоровые		С тромбо-геморрагическими осложнениями	
	матери I группа (n=15)	новорожденные II группа (n=15)	матери III группа (n=17)	новорожденные IV группа (n=17)
PLT, 10^9/л	276,7±8,18	227±13,28*	308,9±11,9	347±12,17**
MPV, фл	9,38±0,2	9,40±0,21	10,20±0,26	10,58±0,2
PCT, %	0,25±0,01	0,26±0,01	0,24±0,01	0,38±0,01**
PDW, %	17,69±0,18	17,25±0,21	18,03±0,15	17,96±0,14

** – различия достоверны в I и II группах; ** – различия достоверны в III и IV группах.*

Таблица 2

Геометрические и оптические характеристики тромбоцитов у родильниц и их новорожденных детей

Показатель, единица измерения	Здоровые		С тромбо-геморрагическими осложнениями	
	матери I группа (n=15)	новорожденные II группа (n=15)	матери III группа (n=17)	новорожденные IV группа (n=17)
Средний диаметр Тр, мкм	2,20±0,12	2,28±0,14	2,56±0,11	3,31±0,15**
Площадь Тр, мкм^2	3,91±0,40	4,26±0,52	5,47±0,49	10,7±0,03**
Фактор формы, у.е.	13,0±0,17	15,01±0,71*	14,16±0,16	20,25±1,34**
Доля синего цвета, у.е.	0,34±0,02	0,29±0,01	0,46±0,02	0,40±0,02**
Доля красного цвета, у.е.	0,35±0,01	0,38±0,003	0,29±0,01	0,32±0,01**
ИОТр, у.е.	0,98±0,08	0,78±0,20	1,63±0,11	1,24±0,07**
Поляризация, у.е.	0,16±0,02	0,20±0,03	0,17±0,03	0,27±0,04**

** – различия достоверны в I и II группах; **– различия достоверны в III и IV группах.*

Таблица 3

Агрегация тромбоцитов у родильниц и новорожденных в норме и при тромбо-геморрагических осложнениях, %

Показатель	Здоровые		С тромбо-геморрагическими осложнениями	
	матери I группа (n=15)	новорожденные II группа (n=15)	матери III группа (n=17)	новорожденные IV группа (n=17)
Агрегация с АДФ	46,03±0,69	4,80±0,26*	76,41±3,63	6,87±0,24**
Агрегация с коллагеном	38,05±0,91	1,18±0,18*	69,04±2,67	1,93±0,18**
Агрегация с ристоцетином	47,33±0,72	21,7±0,42*	88,3±5,71	27,2±0,41**

**– различия достоверны в I и II группах; **– различия достоверны в III и IV группах.*

Анализ количественных показателей выявил достоверное повышение количества тромбоцитов у здоровых матерей по сравнению с их новорожденными детьми, однако в группах с тромбо-геморрагическими осложнениями указанные различия имеют противоположную направленность. Показатель объема тромбоцитов и тромбокрит имеют тенденцию к увеличению у детей в норме и при патологии по сравнению с матерями, при этом в группах с патологией тромбокрит различается достоверно. В группах матерей имеется тенденция к незначительному повышению показателя ширины распределения тромбоцитов по объему в сравнении с показателями детей обеих групп.

Данные компьютерной цитоморфометрии свидетельствуют о том, что у детей, рожденных от здоровых матерей, отмечается повышение среднего диаметра, площади, фактора формы и поляризации тромбоцитов, при этом индекс омоложения тромбоцитов у них ниже, чем у здоровых матерей. У детей, рожденных от матерей с тромбо-геморрагическими осложнениями, наблюдается аналогичная тенденция изменения показателей в сравнении с больными матерями, однако отличия в III и IV группах выражены ярче и являются достоверными. Увеличение геометрических характеристик у детей в норме и при патологии свидетельствует о повышении в крови крупных тромбоцитов и усилении степени изрезанности краев тромбоцитов, ведущих к повышению их реактивности по сравнению с данными матерей. Повышение индекса омоложения тромбоцитов у матерей обеих групп указывает на большое количество «молодых» тромбоцитов в крови, что является следствием активации тромбоцитопоэза. О возрастании функциональной активности у детей II и IV групп свидетельствует повышение поляризации тромбоцитов в сравнении с аналогичным показателем в группах матерей.

Также выявлено достоверное повышение агрегации тромбоцитов с АДФ, коллагеном и ристоцетином у матерей в норме и при тромбо-геморрагических осложнениях по сравнению с данными их детей.

Заключение. Патологические изменения тромбоцитарного звена гемостаза матерей, страдающих тромбопатией, оказывают влияние на морфофункциональную активность клеток их детей, что выражается в увеличении количественных, оптических, геометрических и функциональных свойств тромбоцитов.

Лабораторный контроль показателей тромбоцитов в раннем постнатальном периоде у новорожденных от матерей с тромботическими осложнениями в анамнезе, вероятно, может быть использован для оценки риска возникновения тромбо-геморрагических осложнений.

Литература

1. Гюссан, О.А. Тромбофилитические состояния в акушерстве / О.А. Гюссан, И.Ю. Лобач // Вестник медицины. – 2007. – № 6. – С. 99–102.
2. Макаров, О.В. Роль генетических факторов в развитии тромбофилий в акушерстве и гинекологии / О.В. Макаров, Л.А. Озолиня, Н.Ю. Шполянская, Л.И. Патрушев // Русский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 7–9.
3. Материнская смертность // Информационный бюллетень ВОЗ. – 2010. – № 348.
4. Макацария, А.Д. Новый взгляд на причины и структуру материнской смертности / А.Д. Макацария // Журнал российского общества акушеров-геникологов. – 2008. – № 1. – С. 5–9.
5. Муратова, А.Ю. Тромбоциты периферической крови у женщин с тромбогеморрагическими осложнениями в акушерской практике / А.Ю. Муратова, Т.П. Бондарь // Клин. лаб. диагностика. – 2010. – № 10. – С. 6–7.
6. Сидоркина, А.Н. Биохимические основы системы гемостаза и диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови / А.Н. Сидоркина, В.Г. Сидоркин, М.В. Преснякова. – Н. Новгород : ННИИТО, 2008. – 154 с.
7. Щербакова, Е.Н. Население России: демографические итоги 2010 года (часть 2) / Е.Н. Щербакова // Демоскоп Weekly. – 2011. – № 457–458.

ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА МАТЕРИ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТОВ НОВОРОЖДЕННЫХ

Т. П. БОНДАРЬ, Е. О. ЦАТУРЯН, А. Ю. МУРАТОВА

Проведен анализ морфо-функциональных параметров тромбоцитов новорожденных и их матерей в норме и при тромбо-геморрагических осложнениях беременности. Состояние тромбоцитов оценивали по результатам автоматического гематологического анализа, компьютерной цитоморфометрии и агрегационной способности. Установлено, что патологические изменения тромбоцитарного звена гемостаза матерей, страдающих тромбопатией, оказывают влияние на морфо-функциональную активность клеток их детей, что выражается в увеличении количественных, оптических, геометрических и функциональных свойств тромбоцитов.

Ключевые слова: тромбоциты, компьютерная цитоморфометрия, беременные, новорожденные

THE INFLUENCE OF PLATELET HAEMOSTASIS OF MOTHER ON PLATELET MORPHOFUNCTIONAL PARAMETERS IN NEWBORNS

BONDAR T. P., TSATURYAN E. O., MURATOVA A. Yu.

The analysis of platelet morphofunctional parameters in newborns and their mothers was performed in the cases of normal pregnancy and pregnancy complicated by trombohaemorrhagic events. Platelets morphofunctional status was estimated by automatic hematological test, computer cytomorphometry and thrombocyte aggregation. Alteration of platelet haemostasis in mothers with thrombopathy was accompanied by changes in quantitative, optical, geometrical and functional properties of platelets in newborns.

Key words: platelets, computer cytomorphometry, pregnant, newborns

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.248:616-056.3:616-053.2/.5

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Е. Г. Корчева, А. В. Яшков, Д. В. Печкуров
Самарский государственный медицинский университет

Одной из сложных задач в педиатрии является лечение бронхиальной астмы (БА) у детей. Несмотря на достигнутые в этом направлении успехи остается тенденция к росту заболеваемости БА, затяжному течению обострений и торпидности к проводимой терапии. По нашим данным, среди детей, проходивших лечение в 2009–2010 гг. в Самарском областном пульмонологическом центре, затяжное течение имело место в 30 % случаев.

БА является атопическим заболеванием, в основе которого лежит аллергическое воспаление дыхательных путей. Однако существует мнение о роли бактерий, вирусов как сенсибилизирующих факторов при астме, усугубляющих атопию и способствующих модифицированию течения заболевания [2, 8]. У детей в 40–80 % случаев выявляются хронические очаги инфекции в лор-органах, что приводит к частым обострениям БА [1, 6, 7, 9]. Отмечена прямая корреляция между воспалительной реакцией верхних дыхательных путей (ВДП) и бронхиального дерева.

Существует мнение, что микробная контаминация дыхательных путей нередко провоцирует и поддерживает обострения БА. При этом развивается бактериальное воспаление, снижается барьерная функция слизистой по отношению к экзогенным аллергенам, усиливается секреция мокроты [4, 5].

Корчева Елена Геннадьевна, заочный аспирант кафедры детских болезней Самарского государственного медицинского университета; тел.: 89023719495, (846)9591828; e-mail: lena_korcheva@mail.ru

Яшков Александр Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии ИПО Самарского государственного медицинского университета; тел.: 89608273652; e-mail: A_Yashkov@mail.ru

Печкуров Дмитрий Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детских болезней Самарского государственного медицинского университета; тел.: 89272046520; e-mail: dmpechkurov@yandex.ru

Существующие в настоящее время лечебные методики не всегда позволяют достичь желаемых результатов в лечении БА. Это побуждает к поиску более эффективных методов лечения, которые предусматривают комплексный подход с включением физиотерапевтических методов, способствующих уменьшению последствий действия экологического фактора в респираторном тракте, стимулирующих механизмы цилиарного транспорта, восстанавливающих собственные компенсаторные возможности бронхолегочной системы. С этих позиций представляет интерес влияние комбинированного воздействия электростатического поля низкой частоты и аэрозольтерапии. Однако в специальной литературе имеются лишь единичные сведения о применении указанных методов, что вызывает необходимость в научном обосновании использования этого лечебного комплекса [10].

Цель – изучить у детей эффективность комплексной терапии БА, включающей ингаляции флуимуцила – антибиотика и воздействие электростатического поля низкой частоты.

Материал и методы. В исследование было включено 142 ребенка в возрасте от 6 до 17 лет, находившихся на лечении в отделении детской пульмонологии по поводу обострения БА. Преобладали мальчики (54,9 %), средний возраст детей 9,1+0,7 лет. Диагноз БА устанавливали в соответствии с критериями Национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» (2008).

Для комплексной оценки исходного состояния и эффективности лечения использовали физикальные, инструментальные и лабораторные методы диагностики, цитологическое и бактериологическое исследование.

Для выявления признаков нарушения бронхиальной проходимости проводилось рентгенологическое исследование и изучение функции внешнего дыхания (ФВД).

Степень обсемененности дыхательных путей и идентификацию возбудителей определяли общепринятым бактериологическим методом, предусматривающим забор материала из зева на флору. Критерием бактериальной обсемененности служило наличие роста условно-патогенной флоры в титре 10^5 или более колониеобразующих единиц в 1 мл (КОЕ/мл), высев двух и более видов микроорганизмов.

Для ускорения диагностики обсемененности и наличия воспалительной реакции ВДП, определения тактики лечения детей, поступающих в стационар с обострением БА, мы использовали метод экспресс-диагностики – РЦГ, результат анализа получали в тот же день. Оценку результатов мазков проводили в соответствии с полученными ранее данными, согласно которым удельный вес нейтрофилов у здоровых детей не должен превышать 64 % (Удостоверение на рационализаторское предложение № 105 от 22.12.2010). Повышение этого порога расценивалось как нейтрофильное воспаление и признак бактериальной обсемененности, требующий проведения антибактериальной терапии. При исследовании оценивали чувствительность, специфичность, прогностическую ценность РЦГ.

По результатам посева были выделены две группы – 68 детей с бактериальной обсемененностью ВДП (основная группа) и без нее – 74 ребенка (группа сравнения).

Для оценки эффективности предложенного лечебного комплекса объектом исследования была группа детей с бактериальной обсемененностью ВДП. Методом слепой выборки основная группа была разделена на две равные по численности подгруппы (по 34 человека). В первой подгруппе были пациенты, которые получали только традиционное лечение: базисную терапию (ИГКС), ингаляции беродуала, лазолвана, антигистаминные препараты второго поколения, электролечение (ДМВ-терапия), массаж, лечебную физкультуру. Во вторую подгруппу вошли пациенты, которые дополнительно получали разработанный нами физиотерапевтический комплекс, включающий ингаляции 250 мг комбинированного препарата флуимуцила – антибиотика, в состав которого помимо муколитика входит антибиотик широкого спектра действия. Преимуществом препарата является возможность использования в педиатрии, широкий спектр антимикробного действия, позитивное влияние на оксидативный стресс, нарушение мукоцилиарного клиренса [11]. Через 30 минут после ингаляции проводили вибрационное воздействие электростатического поля низкой частоты (ПеНЭСП) от аппарата «ХИВАМАТ-200» на область грудной клетки в течение 15 минут для улучшения дренажной функции, через 6–7 часов после первой ингаляции повторно ингалировали 250 мг «Флуимуцил-антибиотик ИТ» с помощью компрессорного небулайзера «Бореал-400». Переносимость препарата была оценена как хорошая и отличная. Побочных действий не отмечалось. Курс лечения составлял 5–7 дней. На разработанный лечебный комплекс получен патент на изобретение № 2393854 от 10.07.2010.

Научный материал обрабатывался с помощью персонального компьютера с использованием пакета статистических программ SPSS 13.0 «Matematica 5.1».

Результаты. Все дети основной группы предъявляли жалобы на кашель. Непродуктивный кашель был выявлен у 24 (35,3 %), малопродуктивный у 40 (58,8 %), продуктивный у 4 (5,9 %) больных с отхождением скудной серозно-гнойной мокроты. Одышка, которая усиливалась при физической или эмоциональной нагрузке, отмечалась у 32 (47 %) детей; удушье, преимущественно в ночные часы, беспокоило 12 (17,6 %) пациентов. Аускультативные изменения в легких также имели различия: сухие свистящие хрипы выслушивались в 46 (67,6 %), жужжащие или разнокалиберные влажные определялись в 22 (32,4 %) случаях.

Клинико-анамнестический анализ показал, что среди наблюдаемых детей преобладали легкая и среднетяжелая формы заболевания.

Начало заболевания чаще приходилось на дошкольный возраст, дебют почти в половине случаев отмечали в возрасте до 3 лет. Хроническую лор-патологию в виде аденоидов, тонзиллита, синусита отмечали в 44,1 % случаев. У 49 (72,3 %) детей основной группы дебют БА был связан с респираторной инфекцией.

Анализ результатов исследования показал, что длительность и тяжесть обострения БА зависит от вида и количества возбудителей. У больных с высевом двух возбудителей, один из которых S. aureus, обострение длилось 15,3+2,9 дня. У детей с обсемененностью тремя и более возбудителями, один из которых S. aureus, длительность обострений достигала 19,0+2,7 дня.

Согласно результатам посева со слизистых зева у детей основной группы 3 вида возбудителей выделено в 11,4 % случаев, 2 – в 52,9 %, при этом чаще у этих больных (58,8 %) выделялся S. aureus, обильный рост одного из возбудителей (Str. viridans или S. aureus) отмечался у трети пациентов с бактериальной обсемененностью ВДП. Частота встречаемости отдельных бактерий представлена на рисунке.

По нашим данным, у абсолютного большинства детей – 66 (97 %), имеющих выраженный бактери-

альный рост, отмечалась нейтрофильная воспалительная реакция, содержание нейтрофилов составило 80,5±2,7 %, эозинофилов 2,0±0,9 %, лимфоцитов 18,0±3,0 %. Степень выраженности воспаления отличалась в зависимости от вида и количества возбудителей. При анализе результатов РЦГ наиболее выраженная воспалительная реакция была отмечена при наличии S. aureus в комбинации со Str. viridans, что свидетельствует о существенной значимости данных инфекционных агентов в развитии воспалительной реакции в ВДП.

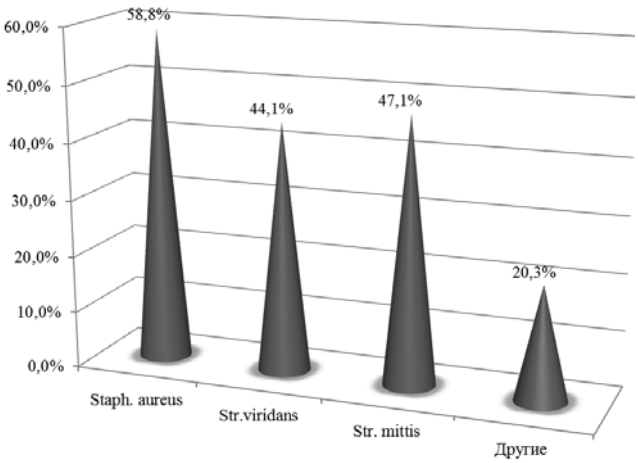


Рис. Частота встречаемости микроорганизмов в слизистой зева у детей с бактериальной обсемененностью ВДП

Все дети осматривались лор-врачом, была выявлена патология в виде аденоидов, хронического тонзиллита, синусита у 30 (44,1 %) детей основной группы. При этом в группе детей с хронической лор-патологией выделялись два и более возбудителя, один из которых в 43 (63,4 %) случаях золотистый стафилококк, реже высевались Str. viridans, Klebs. pneumoniae.

Сопутствующие аллергические заболевания в виде аллергического ринита, поллиноза или дерматита были выявлены в половине случаев.

Отягощенный семейный анамнез по атопии был также у половины пациентов, БА была хотя бы у одного из родителей в 23,5 % случаев.

Сопутствующие инфекционно-паразитарные заболевания имели место в 58 (85,3 %) случаях. Причем респираторный хламидиоз и, особенно, фарингомикоз, у детей с бактериальной обсемененность ВДП достоверно доминировали.

Функция внешнего дыхания по данным спирометрии была незначительно или умеренно нарушена за счет снижения показателей жизненной емкости легких (VC) до 67,5±4,5 %, форсированной жизненной емкости легких (FVC) до 71,5±3,9 % и пиковой объемной скорости выдоха (PEF) до 66,2±3,2 %.

Сравнительный анализ результатов лечения в подгруппах показал, что в первой подгруппе, получавшей только традиционный лечебный комплекс положительная динамика оцениваемых симптомов была более медленной, чем во второй подгруппе. На третий день положительный клинический эффект в виде улучшения аускультативной картины в легких, уменьшения кашля, изменения его характера отмечен у 7 (10 %) детей первой и у 18 (27 %) детей второй подгруппы. На пятый день нормализация состояния наблюдалась у 16 (22 %) детей первой и у 34 (53 %) – второй подгруппы, на седьмой день лечения только у 30 (40 %) пациентов первой подгруппы и у 53 (83 %) второй не было жалоб и аускультативных изменений в легких, через 9 дней от начала лечения обострение купировалось еще у 24 (32 %) пациентов первой подгруппы и оставшихся 11 (17 %) пациентов второй подгруппы; 21 (28 %) пациент первой подгруппы не предъявляли жалоб через 13 дней от начала лечения.

На 7 день от начала лечения проводилось контрольное обследование (спирометрия, РЦГ, посев из зева на микрофлору). Изменения показателей риноцитограммы, ФВД коррелировали с угасанием клинических симптомов. У детей первой подгруппы отмечено изменение в бакпосевах в виде снижения количества возбудителей; при этом бактериальный спектр не имел существенных отличий от исходных данных, показатели РЦГ улучшились в виде уменьшения нейтрофильного воспаления, ФВД нормализовалась у 68 %. При этом во второй подгруппе из зева выделялась только условно патогенная микрофлора в допустимых концентрациях, показатели РЦГ и ФВД были в пределах нормы у всех детей.

Средний срок пребывания в стационаре детей первой подгруппы составил 13,2±1,3 койко-дней, детей второй подгруппы – 7,0±0,8 койко-дней. Эти наблюдения объясняют роль применения предложенного физиотерапевтического комплекса, позволяющего в более короткие сроки добиться желаемого результата за счет трофостимулирующего, противовоспалительного, дренажного и детоксицирующего действия и улучшения бронхиальной проходимости.

Катамнестически установлено, что обострений БА в первой подгруппе не было у 7 (20,6 %) детей, еще у 8 (23,5 %) обострения были реже и протекали легче, у остальных детей изменений в течении заболевания не произошло. Во второй подгруппе в течение года после лечения обострения отсутствовали у половины детей, у 8 (23,5 %) больных они сократились в два раза, у остальных детей обострения сохранялись, но протекали значительно легче и в госпитализации эти пациенты не нуждались.

Заключение. Результаты свидетельствуют о значительной роли бактериальной обсемененности ВДП в течении БА. Объективным и достоверным методом экспресс-диагностики бактериальной обсемененности является метод мазков-отпечатков (риноцитография), чувствительность которого составляет, по нашим данным, 97 %.

Комбинирование применение ингаляций ФА и электростатического поля низкой частоты на область грудной клетки в комплексной терапии БА является патогенетически обоснованным и позволяет повысить результативность комплексной терапии, сократить длительность, частоту обострений, сроки пребывания больных в стационаре, обеспечить профилактику осложнений и увеличить продолжительность ремиссии.

Литература

1. Аденоиды и бронхиальная астма у детей: роль местной терапии / А.Ю. Матвеева [и др.] // Педиатрия. – 2005. – № 3. – С. 48–52.
2. Арефьева, Н.А. Биопарокс в лечении респираторных инфекций у больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой / Н.А. Арефьева // Вестник оториноларингологии. – 2007. – № 5. – С. 71–74.
3. Бадьянова, И.С. Восстановительное лечение больных хронической обструктивной болезнью легких в санаторных условиях : дис. … канд. мед. наук / Бадьянова И.С. – Самара, 2007. – 123 с.

4. Балаболкин, И.И. Патогенез аллергических болезней у детей / И.И. Балаболкин // Детская аллергология / под ред. А.А. Баранова, И.И. Балаболкина. – М. : Гэотар Медиа, 2006. – С. 69–105.
5. Баранов, А.А. Бронхиальная астма у детей / А.А. Баранов, И.И. Балаболкин // Детская аллергология. Руководство для врачей. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 688 с.
6. Борискина, И.Е. Выявление сопутствующей патологии у детей с бронхиальной астмой / И.Е. Борискина, Н.В. Тараканова // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 71.
7. Енина, Е.А. Иммунный статус у детей с бронхиальной астмой и очагами инфекции в лор-органах / Е.А. Енина, Л.Д. Садовничая // Актуальные вопросы педиатрии. – М., 2007. – С. 226–227.
8. Зайцева, О.В. Рациональная фармакотерапия острых респираторных заболеваний у детей / О.В. Зайцева // Consilium medicum. – 2007. – № 2. – С. 4–6.
9. Карпова, Е.П. Лечение аллергического ринита у детей / Е.П. Карпова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 112 с.
10. Овчаренко, С.И. Муколитические (мукорегуляторные) препараты в лечении хронической обструктивной болезни легких / С.И. Овчаренко // Рус. мед. журн. – 2002. – Т. 10, № 4. – С. 153–155.
11. Овчаренко, С.И. Эффективность применения Флуимуцил-антибиотика ИТ в лечении обострений ХОБЛ / С.И. Овчаренко, Н.В. Морозова // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2003. – № 3. – С. 26–28.

ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Е. Г. КОРЧЕВА, А. В. ЯШКОВ, Д. В. ПЕЧКУРОВ

Целью работы являлась оптимизация лечения детей с торпидным течением бронхиальной астмы, микробной обсемененностью верхних дыхательных путей. В исследовании участвовало 142 ребенка с обострением бронхиальной астмы (БА). Установлено влияние микробной контаминации на течение заболевания. Разработан и использован новый физиотерапевтический комплекс, включающий воздействие электростатического поля низкой частоты и аэрозольтерапии, использование которого позволяет уменьшить длительность, тяжесть и частоту обострений БА.

Ключевые слова: бронхиальная астма, микробная контаминация, риноцитограмма, дети, физиотерапевтический комплекс

PHYSIOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN

KORCHEVA E. G., YASHKOV A. V., PECHKUROV D. V.

The purpose of the study was to optimize treatment of bronchial asthma in children with microbial contamination of the upper airways. 142 children with an exacerbation of bronchial asthma participated in the study. The role of the microbial contamination for the clinical course of the disease was defined. Application of a new physiotherapeutic procedure including an electrostatic field of low frequency and aerosol therapy resulted in reduction of severity, frequency and duration of bronchial asthma exacerbations.

Key words: bronchial asthma, microbial contamination, rhinocytogram, children, physiotherapeutic complex

© Л. О.-С. Паршутина, Л. А. Емельянова, 2012
УДК 615.825:616.711.007.55+371-044.3

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВОДНЫХ ВИДОВ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ПОДРОСТКОВ С НЕРАВНОЙ ДЛИНОЙ НОГ

Л. О.-С. Паршутина[1], Л. А. Емельянова[2]
[1]Центр реабилитации детей-инвалидов «Феникс», Владикавказ
[2]Волгоградская государственная академия физической культуры

Проблема коррекции сколиоза остается одной из наиболее трудных и актуальных в ортопедии. В настоящее время имеется широкий выбор нехирургических способов направленного воздействия на искривленный позвоночник. К ним относятся различные режимы его разгрузки, ношение корсетов разнообразных модификаций, физиотерапия, массаж, упражнения на тренажерах и др. [3, 4, 6, 8].

Однако возможности перечисленных способов выравнивания сколиотической деформации позвоночника ограничены у подростков с неравной длиной ног, тогда как распространенность этого дефекта опорно-двигательного аппарата среди детей и подростков достигает 87–94 % [1, 2, 7].

Наиболее эффективным методом коррекции сколиоза при неравной длине ног является адекватный подбор высоты корректора. Однако неравномерная

Паршутина Лада Олег-Славяновна, методист ЛФК на базе Республиканского Центра реабилитации детей-инвалидов «Феникс», Владикавказ;
тел.: 89054887749; e-mail: larla2011@mail.ru

Емельянова Лариса Алексеевна, доктор медицинских наук, доцент кафедры «Теория и методика адаптивной физической культуры» Волгоградской государственной академии физической культуры;
тел.: 89608750105; e-mail: ivanovin1953@mail.ru

скорость роста нижних конечностей у подростков дискредитирует и этот метод [3].

Учитывая последнее, клиницисты пришли к единодушному мнению о необходимости усилий по разработке неортопедических методов коррекции статического сколиоза, среди которых ведущим следует считать оздоровительную физкультуру, но с более широкими возможностями, чем при классической лечебной гимнастике.

Это связано с тем, что выполнение упражнений подростками с укороченной конечностью в гимнастическом зале в вертикальном положении как с ортопедической обувью, так и без неё усугубляет позиционный перекос таза, а следовательно и статический сколиоз. Поэтому необходима другая технология физкультуры, которая исключает опору на ноги. Такая возможность имеется при выполнении упражнений в водной среде, в связи с чем лечебное плавание включено во все реабилитационные программы коррекции сколиоза.

Однако терапевтические возможности лечебного плавания при деформациях позвоночника ограничены вследствие монотонности и однообразия движений, что вовлекает в физическую деятельность далеко не все мышечные цепи, формирующие сколиоз. Этого недостатка лишена водная аэробика. К сожалению, технология применения аквааэробики для коррекции сколиоза еще в достаточной мере не разработана.

Цель исследования – разработать и апробировать методику применения аквааэробики для включения в систему адаптивной реабилитации подростков со сколиозом при неравной длине ног, а также сопоставить по эффективности два водных вида оздоровительной физкультуры, имеющих однонаправленные коррекционные задачи – гидроаэробику и плавание.

Материал и методы. Была разработана оригинальная методика оздоровительной аквааэробики. Чтобы доказать ее эффективность, был проведен сравнительный анализ данных с результатами применения лечебного плавания в его классическом варианте.

В исследовании приняли участие 38 подростков с наличием сколиоза I–II степени тяжести на фоне неравной длины ног с их разницей, по данным рентгенографии, от 6 до 2 см. Возраст обследованных варьировал от 12 до 14 лет. Отбор пациентов проводился в процессе их планового зачисления в группы для занятий ЛФК на базе Центра реабилитации детей-инвалидов «Феникс» города Владикавказа с 2008 по 2011 год.

Для определения степени эффективности аквааэробики при сколиозах был использован педагогический эксперимент, в соответствии с которым все испытуемые были распределены на две сопоставимые по антропометрическим и возрастным показателям группы: экспериментальная (18 чел.) и контрольная (20 чел.).

Исследование динамики морфофункциональных отклонений, характеризующих сколиоз, проводилось методами стабилометрии и антропометрии. Стабилометрию проводили на аппаратном комплексе «СТАБИЛО» научно-медицинской фирмы «МБН» (Москва). Изучали следующие показатели стабилограмм: среднее положение общего центра массы (ОЦМ) во фронтальной плоскости; среднее положение ОЦМ в сагиттальной плоскости; амплитуду колебаний ОЦМ во фронтальной плоскости; амплитуду колебаний ОЦМ в сагиттальной плоскости; скорость ОЦМ; длину статокинезиограммы; площадь ОЦМ. Исследовались антропометрические показатели: ромб Мошкова; плечевой индекс; торсия позвоночника; амплитуда дуги искривления позвоночника; асимметрия длины ног; деформация голеней; перекос таза.

В качестве подготовки к эксперименту подростки получали расслабляющий массаж и лечебную гимнастику с упражнениями общего воздействия, обучались плаванию. Продолжительность этого периода составила 1–2 месяца. Программа подготовительного периода была общей для обеих групп.

Основная часть разработанной методики включала занятия аквааэробикой в экспериментальной группе и лечебным плаванием в контрольной. План занятий аквааэробикой включал два режима: начальное и углубленное разучивание. При первом режиме применялись упражнения гидроаэробики низкой интенсивности и координационной сложности. При режиме углубленного разучивания увеличивалась двигательная активность подростков за счет повышения моторной плотности занятия, координационной сложности упражнений и увеличения интенсивности физических усилий.

В построении занятий использовался трехчастный принцип, согласующийся с теоретическими основами физвоспитания подростков: разминка, основной и подготовительный этапы урока.

При составлении плана занятий использовались программы, разработанные Debbie Laurence [8].

При первом режиме нагрузок отбирались упражнения из программ Aqua-Beginners, Aqua-Swim.

При режиме углубленного разучивания выбирали упражнения из программ Aqua-Interval, Aqua-Team, Noodles Mix, у наиболее подготовленных – из Running Men и Aqua-Circuit.

В периоде восстановления подростками экспериментальной группы разучивались упражнения на растягивание и расслабление в соответствие с программами Aqua-Beginners, Aqua-Stertch.

Выбор музыкального сопровождения и его темпа зависел от функционального назначения упражнений: от 60–80 уд/мин до 80–100 уд/мин, что соответствовало стилю «диско» или «техно».

Программа лечебного плавания в контрольной группе соответствовала классической методике [5]. Она включала также два режима нагрузок возрастающей интенсивности. Начальная скорость плавания составляла 25 м/мин.

Расчет величины физической нагрузки для занятий оздоровительной физкультурой проводился на основе имеющихся в литературе сведений, где указывается, что прирост работоспособности при занятиях аквааэробикой наблюдается при нагрузке, выполненной на уровне ЧСС не мене 60 % МПК, с продолжительностью работы в течение как минимум 20 минут. Исходя из этого, был составлен план занятий в обеих группах подростков.

В экспериментальной группе при разработке режима использовались физические нагрузки мощностью 60–70 % МПК, при которых ЧСС в среднем составляла 150–160 уд/мин. При «пиковых» нагрузках допускалась мощность работы в пределах 75–80 % МПК, соответственно с ЧСС 170–180 уд/мин. Моторная плотность занятий достигала 70–75 %.

В контрольной группе применяли аналогичные по величине нагрузки от 60 до 70 % МПК с ЧСС – 130–140 уд/мин, максимально – 150–160 уд/мин. При эпизодах работы с «пиковыми» нагрузками допускалась ЧСС, равная 170–180 уд/мин. Моторная плотность занятий в этой группе составляла также 70–75 %.

Занятия по аквааэробике и плаванию проводились ежедневно или через день по 30 мин двухнедельными циклами с недельным перерывом. Суммарная продолжительность научного эксперимента составляла 8–10 месяцев.

Математическая обработка полученных данных предусматривала определение достоверного уровня значимости по критерию Стьюдента при $p<0,01$ и $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Результаты стабилометрических исследований, представленные в таблицах 1 и 2, показывают, что применение разработанной учебно-тренировочной программы по аквааэробике позволяет добиться более существенных позитивных сдвигов в функциональном состоянии позвоночника. Как видно из таблицы 1, при применении аквааэробики длина статокинезиограммы достоверно уменьшается ($p\leq0,05$). Этот же показатель, зарегистрированный в контрольной группе, практически не изменился ($p\geq0,05$).

Аналогичную тенденцию выявляют и другие показатели статокинезиограммы.

Так, под воздействием аквааэробики площадь ОЦМ достоверно сократилась ($p\leq0,05$), при этом оба параметра были намного ниже, чем в контрольной группе ($p\geq0,05$). Скорость перемещения ОЦМ у подростков, занимающихся аэробикой, наглядно снизилась с 24,37±2,26 мм/сек до 7,62±1,02 мм/сек ($p\leq0,01$) против 27,37±2,26 м/сек и 18,62±1,92 мм/сек ($p\leq0,05$) в контрольной группе.

Неустойчивость ОЦМ в сагиттальной и фронтальной плоскостях у подростков экспериментальной группы существенно ограничилась: 7,18±1,66 мм и 2,49±0,88 мм ($p\leq0,05$); 6,84±1,63 мм и 2,16±0,84 мм ($p\leq0,01$) против 9,85±1,54 мм и 9,69±1,39 мм; 7,02±1,53 мм и 3,82±0,84 мм ($p\leq0,05$) в контроле.

Интегральным показателем состояния статики обычно выступает среднее положение ОЦМ, которое у испытуемых экспериментальной группы практически нормализовалось, во фронтальной плоскости оно было –34,28±3,06 мм, стало –20,29±2,13 мм ($p\leq0,05$), в сагиттальной плоскости было –72,84±4,16 мм, стало –42,16±3,79 мм ($p\leq0,05$).

У подростков контрольной группы среднее положение ОЦМ в результате занятий плаванием установилось на отметке –55,01±3,69 мм в сагиттальной плоскости и заметное улучшение отмечалось во фронтальной, а именно: –30,41±2,21 мм против –34,10±2,76 мм ($p\geq0,05$), но эти показатели далеки от данных экспериментальной группы, где они практически нормализовались.

Положительная тенденция функционального состояния позвоночника была зафиксирована также по антропометрическим данным.

Так, амплитуда дуги искривления позвоночника сократилась с 3,11±0,59 до 2,06±0,28 см, плечевой индекс и ромб Мошкова увеличились соответственно с 62,42±3,04 до 78,16±3,28 см ($p\leq0,05$) в экспериментальной группе и с 65,18±2,98 до 72,29±3,62 см ($p\geq0,05$) в контроле.

Торсия позвоночника как по визуальным данным, так и по величине отклонения от центральной латеральной оси тела в процессе занятий аквааэробикой стала менее выраженной (от 12,18±1,04 до 1,54±0,08 см; $p\leq0,01$).

Деформация голени в экспериментальной группе уменьшилась, и разница в объеме голени составила 6,28±0,98 против 8,16±1,02 см в контрольной группе ($p\leq0,05$).

Перекос таза за счет укрепления мышц бедер и поясницы также уменьшился с 3,16±0,75 до 0,67±0,17 см ($p\leq0,01$) против 3,28±0,86 и 2,12±0,49 см ($p\leq0,05$) в группе сравнения.

Таблица 1

Динамика стабилометрических показателей при занятиях аквааэробикой у подростков со сколиозом на фоне укорочения нижней конечности (экспериментальная группа)

Параметры стабилограммы	Обозначение и единица измерения	До начала тренировок	После завершения тренировочного цикла	P
1. Длина статокинезиограммы	L, мм	792,85±24,27	610,05±20,21	≤0,05
2. Площадь ОЦМ	S, мм^2	647,14±14,23	402,62±17,69	≤0,05
3. Скорость перемещения ОЦМ	мм/сек	24,37±2,26	7,62±1,02	≤0,01
4. Среднее положение ОЦМ во фронтальной плоскости	X, мм	–34,28±3,06	–20,29±2,13	≤0,05
5. Среднее положение ОЦМ в сагиттальной плоскости	У, мм	–72,84±4,16	–42,16±3,79	≤0,05
6. Амплитуда колебаний во фронтальной плоскости	Ах, мм	7,18±1,66	2,49±0,88	≤0,05
7. Амплитуда колебаний в сагиттальной плоскости	Ау, мм	6,84±1,63	2,16±0,84	≤0,01

Таблица 2

Динамика стабилометрических показателей под влиянием применения традиционной схемы плавания у подростков со сколиозом при укороченной нижней конечности (контрольная группа)

Параметры стабилограммы	Обозначение и единица измерения	До начала тренировок	После завершения тренировочного цикла	P
1. Длина статокинезиограммы	L, мм	798,94±25,01	701,49±24,21	≤0,05
2. Площадь ОЦМ	S, мм^2	656,37±24,23	645,73±27,99	≥0,05
3. Скорость перемещения ОЦМ	мм/сек	27,37±2,26	18,62±1,92	≤0,05
4. Среднее положение ОЦМ во фронтальной плоскости	X, мм	–34,10±2,76	–30,41±2,21	≥0,05
5. Среднее положение ОЦМ в сагиттальной плоскости	У, мм	–75,13±4,09	–55,0±3,69	≤0,05
6. Амплитуда колебаний во фронтальной плоскости	Ах, мм	9,85±1,54	9,69±1,39	≥0,05
7. Амплитуда колебаний в сагиттальной плоскости	Ау, мм	7,02±1,53	3,82±0,84	≤0,05

Сопоставляя полученные показатели морфо-функционального состояния позвоночника в экспериментальной и контрольной группах, становится очевидной эффективность аквааэробики в сравнении с классической методикой лечебного плавания. Тренировочные занятия по аквааэробике, проведенные в течение 8 месяцев, вызывали быстрое улучшение всех статических нарушений у подростков, обусловленных укорочением одной из ног. Это позволяет полагать, что более длительные периоды занятий могут привести к норме все вторичные антропометрические дефекты, связанные с укорочением ноги, конечно, при условии функциональных стадий развития сколиоза.

Преимущества разработанной методики аквааэробики в сравнении с плаванием связаны с тем, что в первом случае тренируются практически все группы мышц, участвующие в формировании сколиоза. Кроме того, все движения, выполняемые в условиях преодоления сопротивления воды, требуют удвоенной концентрической мышечной работы, при этом в действие вовлекается большое количество мышц в состоянии сокращения различной интенсивности и направленности. Таким образом, укрепляются все мышцы, составляющие мышечный корсет грудной клетки, что является фактором саногенеза сколиоза, тогда как при плавании тренируются только отдельные мышечные цепи. Но главное преимущество гидроаэробики заключается в том, что в воде имеется возможность воспроизводить те двигательные акты, которые в воздушной среде невозможны из-за разновысокости ног.

Выводы

Подводя итог проведенному эксперименту можно сделать заключение о целесообразности включения тренировок по аквааэробике в программу адаптивной реабилитации подростков с укорочением одной из конечностей:

1. Наиболее существенным терапевтическим действием у подростков с разновысокостью ног при условии функциональных стадий сколиоза обладают тренировочные нагрузки субмаксимальной интенсивности.
2. Сравнительные данные эффективности плавания и аквааэробики для коррекции сколиоза показали, что при выборе метода гидрореабилитации подростков с неравной длиной ног предпочтение следует отдавать водной аэробике.

Литература

1. Бакурский, С.Н. Топографо-аналитическое обоснование функциональной разновидности ног и ее роль в развитии нарушения осанки у детей : дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999.
2. Болдырев, А.Ю. Роль малой разновысокости нижних конечностей в генезе фронтальных искривлений позвоночника / А.Ю. Болдырев // Функциональные аспекты соматической патологии. – М., 2000. – С. 16–19.
3. Кармазин, В.В. Лечебная физкультура при постуральных нарушениях у детей с укорочением нижней конечности : дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008.
4. Липина, Е.В. Восстановительное лечение детей с идиопатическим сколиозом / Е.В. Липина, Н.Ф. Мирютова, Н.Р. Абдулкина // Физиотерапевт. – 2006. – № 1. – С. 32–33.
5. Мандров, В.В. Методика восстановления осанки студентов на основе применения оздоровительного плавания: Материалы модернизации учебного процесса по физкультуре в образовательных учреждениях / В.В. Мандров, С.В. Курылев // Материалы городской научно-практической конференции. – Волгоград, 2007. – С. 52–53.
6. Atanasio, S. The storzesco brace and Sport concept: a brace to replace cast in worst curves / S. Atanasio, F. Zaina, S. Negrini // Disabil. Rehabil. Assist. Technol. – 2008. – Vol. 3. – P. 154–160.
7. D'Amigo. Scoliosis and asymmetries: a reliable approach to assess wedge Solutions efficacy / D'Amigo // Stud. Health. Technol. Inform. – 2002. – Vol. 88. – P. 285–289.
8. Debbie, L. The complete guide to Exercise in water / L. Debbie // A and Black. – 1999. – 256 p.
9. De Mauroy, J.C. Lyon brace / J.C. De Mauroy, P. Fender, B. Tato, P. Lusenti, G. Ferracane // Stud. Health. Technol. Inform. – 2008. – Vol. 135. – P. 327–340.

ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВОДНЫХ ВИДОВ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ СКОЛИОЗА У ПОДРОСТКОВ С НЕРАВНОЙ ДЛИНОЙ НОГ

Л. О.-С. ПАРШУТИНА, Л. А. ЕМЕЛЬЯНОВА

Проведено исследование, в основу которого положена разработка и апробация метода оздоровительной физкультуры для коррекции сколиоза у подростков, не требующего опоры на ноги.

В качестве такого вида физкультуры апробирована аквааэробика. В сравнении с лечебным плаванием, где также не требуется опора на ноги, аквааэробика оказалась более эффективной для коррекции сколиоза у подростков с разновысокостью ног.

Данный вывод объективизирован наличием достоверной положительной динамики показателей морфо-функционального состояния позвоночника по результатам современных и высокоинформативных методик – стабилометрии и антропометрии.

Ключевые слова: подросток, укорочение, конечности, сколиоз, аквааэробика, лечебное плавание, адаптивная реабилитация

PRACTICAL ASPECTS OF WATER CURATIVE PHYSICAL CULTURE FOR THE CORRECTION OF SCOLIOSIS IN THE TEENAGERS WITH UNEQUAL LEG LENGTH

PARSHUTINA L. O.-S., EMELYANOVA L. A.

We conducted a study based on the development and testing of the method of recreational physical activities that does not require foot support, namely, water aerobics.

In comparison with the therapeutic swimming which also does not require foot support, water aerobics within the techniques we have developed is more effective for correction of scoliosis in adolescents with leg-length discrepancy.

This conclusion is objectified by positive dynamics of the indicators of spine morpho-functional state according to the results of modern and highly informative methods – stabilometry and anthropometry.

Keywords: teenager, shortening, limbs, scoliosis, aqua aerobics, therapeutic swimming, adaptive rehabilitation

© Коллектив авторов, 2012
УДК 579.852.11(470.63)

СИБИРСКАЯ ЯЗВА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

С.Н. Антюганов[1], Н.П. Буравцева[1], А.Г. Рязанова[1], Е.И. Еременко[1], О.И. Цыганкова[1], В.М. Мезенцев[1], Л.Ю. Аксёнова[1], Е.В. Лысогора[2], Г.А. Джаилиди[3]
[1]Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт
[2]Ставропольская государственная медицинская академия
[3]Управление ветеринарии в Ставропольском крае

Ставропольский край, расположенный в центральной части Северо-Кавказского экономико-географического района, представляет собой крупный аграрно-индустриальный район с хорошо развитым животноводством. В настоящее время край можно считать благополучным по сибирской язве. Если в прошлом, до 60-х годов прошлого столетия, он занимал одно из первых мест по заболеваемости сибирской язвой среди людей и животных на Юге России, то сегодня заболеваемость носит спорадический характер, а с 2008 г. заболеваемость сибирской язвой в крае не регистрируется [4, 5]. Однако не следует забывать экологические особенности возбудителя сибирской язвы, способность микроба образовывать споры, длительно сохраняющиеся в почве [3, 8]. Обычной практикой в эпизоотических очагах многие годы было захоронение в почву трупов животных, павших от сибирской язвы, что приводило к формированию стойких почвенных очагов этой инфекции. Поэтому независимо от давности захоронений, места возникновения эпизоотических очагов считаются стационарно неблагополучными по сибирской язве пунктами (СНП), в которых всегда существует вероятность неожиданной вспышки сибирской язвы, как только ослабевает иммунитет у отдельных особей животных, контактировавших с инфицированной спорами *Bacillus anthracis* почвой [2].

Цель настоящего исследования – проведение ретроспективного анализа эпизоотолого-эпидемиологической обстановки по сибирской язве в Ставропольском крае.

Материал и методы. В качестве материала были использованы данные государственного архива по Ставропольскому краю (отчеты, обзоры, статистические материалы, карты эпидемиологического обследования, истории болезни и др.); архивная и оперативная документация медицинских и ветеринарных учреждений; результаты экспедиционных выездов.

Для составления электронного кадастра стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов была использована географическая информационная система (ГИС) программы ESRI Arc GIS 9.3. Топографическая основа – электронные карты Ставропольского края М 1:200000, включающие следующие базовые слои: административные границы республик, районов, рельеф территории, состав почв, гидрографию, населенные пункты и СНП. Для статистической обработки данных использовали программы Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Эпизоотолого-эпидемиологическая ситуация по сибирской язве в Ставропольском крае была изучена за более чем 100-летний период, с 1896 г. по 2009 г. При анализе эпизоотолого-эпидемиологической обстановки были взяты за основу два периода: 1) с 1896 по 1959 гг. – период нерегулярной однократной вакцинации сельскохозяйственных животных сибиреязвенной ветеринарной вакциной Ценковского и ГНКИ, период экономических и военных потрясений; 2) с 1960 по 2009 гг. – период введения регулярной вакцинации животных сибиреязвенными вакцинами СТИ, а с 1990 г. новой сибиреязвенной вакциной 55-ВНИИВВиМ [1], при этом с 1970 по 1990 гг. животные вакцинировались двукратно каждый год.

Было установлено, что заболеваемость сибирской язвой людей и животных регистрировалась на всей территории Ставропольского края. В течение регистрируемого периода заболели сибирской язвой 1017 человек и 9207 голов (гол.) сельскохозяйственных животных. Наибольшая заболеваемость сибирской язвой людей была на территориях, в настоящее время относящихся к Петровскому, Апанасенковскому, Благодарненскому, Красногвардейскому, Туркменскому, Ипатовскому районам, а заболеваемость животных – к Туркменскому, Андроповскому, Новоселицкому, Красногвардейскому и Петровскому районам (табл.).

Первый период, выбранный для анализа, характеризуется высокой заболеваемостью как животных, так и людей. В течение этого периода заболело 758 чело-

Антюганов Степан Николаевич, врач-эпидемиолог Центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Ставрополь; тел.: 89187433702; e-mail: anstep@list.ru

Буравцева Нина Пантелеймоновна, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории сибирской язвы Ставропольского научно-исследовательского противочумного института;
тел.: (8652)776274; e-mail: anthraxlab@mail.ru

Рязанова Алла Геннадьевна, кандидат медицинских наук, заведующая лабораторией сибирской язвы Ставропольского научно-исследовательского противочумного института; тел.: (8652)776274; e-mail: anthraxlab@mail.ru

Еременко Евгений Иванович, доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории сибирской язвы Ставропольского научно-исследовательского противочумного института;
тел.: (8652)776274; e-mail: anthraxlab@mail.ru

Цыганкова Ольга Ивановна, ведущий научный сотрудник лаборатории сибирской язвы Ставропольского научно-исследовательского противочумного института; тел.: (8652)776274; e-mail: anthraxlab@mail.ru

Мезенцев Владимир Матвеевич, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории эпидемиологии Ставропольского научно-исследовательского противочумного института; тел.: (8652)260383; e-mail: snipchi@mail.stv.ru

Аксёнова Людмила Юрьевна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории сибирской язвы Ставропольского научно-исследовательского противочумного института; тел.: (8652)776274; e-mail: anthraxlab@mail.ru

Лысогора Елизавета Вильевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры микробиологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352475; e-mail: lali26mix@mail.ru

Джаилиди Георгий Анастасович, кандидат биологических наук, заместитель начальника Управления ветеринарии в Ставропольском крае;
тел.: 89283212836; E-mail: mr.dga@yandex.ru

Таблица

Сводные данные количества стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов, заболеваемости людей и животных в Ставропольском крае за период 1896–2009 гг.

Районы	1-й период – 1896–1959 гг.						2-й период – 1960–2009 гг.						Всего за 1896–2009 гг.					
	СНП	люди	КРС	МРС	др. виды	всего животных	СНП	люди	КРС	МРС	др. виды	всего животных	СНП	люди	КРС	МРС	др. виды	всего животных
Александровский	6	20	96	786	54	936	4	15	8	3	0	11	10	35	104	789	54	947
Андроповский	10	7	88	2	75	165	5	7	7	20	0	27	15	14	95	22	75	192
Апанасенковский	11	84	46	44	19	109	0	11	224	22	0	246	11	95	270	66	19	355
Арзгирский	6	21	95	1	2	98	2	0	1	0	0	1	8	21	96	1	2	99
Благодарненский	9	77	51	13	11	75	1	0	7	2	1	10	10	77	58	15	12	85
Буденновский	12	12	278	4	35	317	3	18	12	1	0	13	15	30	290	5	35	330
Георгиевский	13	7	25	26	4	55	1	3	9	2	6	17	14	10	34	28	10	72
Грачевский	10	35	61	5	51	117	2	0	7	2	0	9	12	35	68	7	51	126
Изобильненский	18	23	16	101	1	118	7	21	23	56	2	81	25	44	39	157	3	199
Ипатовский	9	43	71	66	15	152	10	13	64	119	3	186	19	56	135	185	18	338
Кировский	9	4	6	143	21	170	0	0	3	2	0	5	9	4	9	145	21	175
Кочубеевский	14	18	27	14	1	42	4	22	38	12	1	51	18	40	65	26	2	93
Красногвардейский	11	70	180	354	125	659	1	5	63	3	1	67	12	75	243	357	126	726
Курский	7	24	1	0	0	1	9	23	12	27	8	47	16	47	13	27	8	48
Левокумский	7	24	43	342	6	391	0	3	7	0	0	7	7	27	50	342	6	398
Минераловодский	17	24	17	42	2	61	4	3	10	26	0	36	21	27	27	68	2	97
Нефтекумский	6	1	27	223	29	279	1	2	2	32	0	34	7	3	29	255	29	313
Новоалександровский	10	20	12	16	11	39	7	19	19	27	0	46	17	39	31	43	11	85
Новоселицкий	4	11	14	860	5	879	1	6	2	0	0	2	5	17	16	860	5	881
Петровский	15	81	26	588	14	628	5	27	20	50	0	70	20	108	46	638	14	698
Предгорный	9	8	12	1	1	14	10	8	7	2	2	11	19	16	19	3	3	25
Советский	8	20	33	3	18	54	0	2	4	20	2	26	8	22	37	23	20	80
Степновский	5	3	7	0	1	8	3	2	6	9	0	15	8	5	13	9	1	23
Труновский	7	30	31	13	6	50	7	25	49	43	1	93	14	55	80	56	7	143
Туркменский	14	73	743	1698	6	2447	2	3	58	0	0	58	16	76	801	1698	6	2505
Шпаковский	10	18	43	55	10	108	6	21	24	8	34	66	16	39	67	63	44	174
Всего	257	758	2049	5400	523	7972	95	259	686	488	61	1235	352	1017	2735	5888	584	9207
% от числа за весь период	73	74,5	86,3	91,9	89,5	86,5	27	25,5	13,7	8,1	10,5	13,5	100	100	100	100	100	100

век, пало от сибирской язвы 2049 гол. крупного рогатого скота (КРС), 5400 гол. мелкого рогатого скота (МРС), 523 гол. других видов (487 лошадей и 36 свиней), что составило 86,5 % от общего числа павших животных за весь регистрируемый период.

Во втором 50-летнем периоде (1960–2009 гг.) количество больных людей сократилось в 3 раза и составило 259 человек, животных заболело 1235 гол., что в 6 раз ниже заболеваемости среди животных в сравнении с первым периодом. Однако отдельные годы этого периода по количеству заболевших людей и павших от сибирской язвы животных были не однозначны. Как видно из рисунка 1, заболеваемость сибирской язвой в крае убывала постепенно. Средний темп убыли количества больных людей за десятилетний период составлял 51,7 %, павших животных – 69,4 %. Прослеживается корреляционная связь между количеством павших животных и количеством больных людей ($r=0,97\pm0,2$). Если в первом десятилетии ещё отмечается значительное количество больных людей (147) и павших от сибирской язвы животных (687 гол.), то в четвёртом десятилетии (1990–1999 гг.) наблюдается значительное снижение заболеваемости – всего 17 больных людей и 128 павших голов скота за счёт крупных вспышек в трёх районах – Красногвардейском (48 гол.), Петровском (37 гол.) и Труновском (27 гол.). Одной из причин появления крупных вспышек сибирской язвы в четвёртом периоде явились существенные изменения социально-экономического уклада в сельском хозяйстве, связанные с возникновением индивидуальных, фермерских, акционерных хозяйств. В новых условиях ведения животноводства произошло ослабление эпизоотологического надзора за сельскохозяйственными животными, особенно в индивидуальном секторе. Именно в этом периоде зарегистрированы крупные эпидемические вспышки сибирской язвы в Карачаево-Черкесской и Кабардино-Балкарской республиках [6, 9].

Ставропольский край долгие годы занимал ведущее положение по разведению овец тонкорунной породы. Это существенным образом отразилось на видовом составе заболевших животных – овец болело больше – 5888 гол. (63,9 %), чем КРС – 2735 гол. (29,7 %). Особенно это наглядно проявилось в 1951–1960 гг., когда пало от сибирской язвы 716 животных, из них 92,5 % составляли овцы и лишь 3 % – коровы.

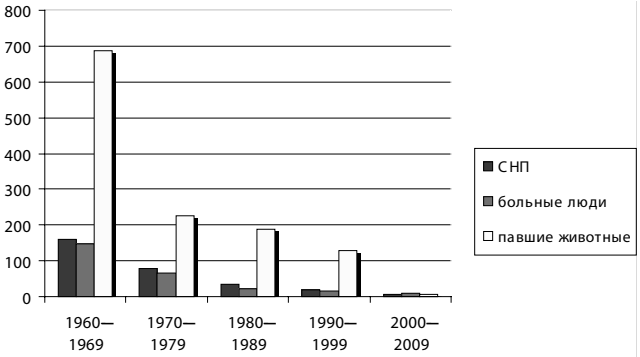


Рис. 1. Количество активных стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов, больных людей и павших животных в различные периоды регистрации сибирской язвы в Ставропольском крае в течение 1960–2009 гг.

Для анализа территориального распределения заболеваемости сибирской язвой людей и животных в Ставропольском крае за весь регистрируемый период применена ГИС-технология, в результате составлен кадастр, в котором представлены послойные карты районов края с указанием СНП (рис. 2).

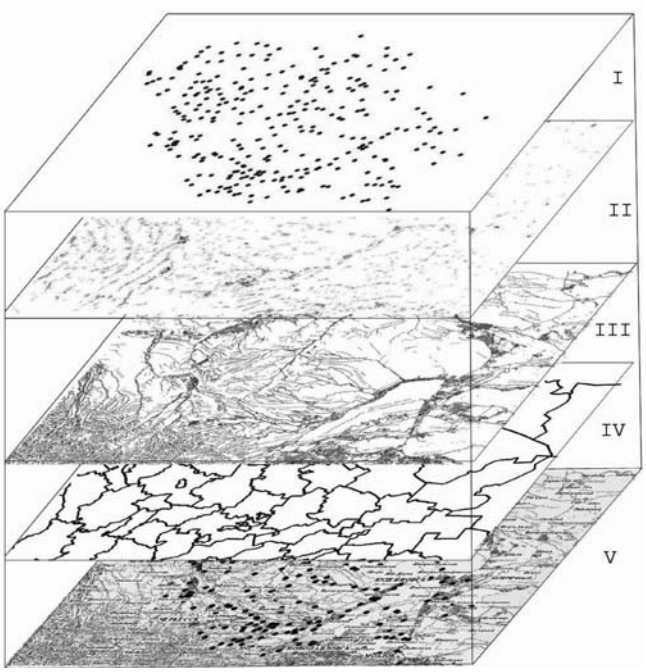


Рис. 2. Принцип формирования послойных карт расположения стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов на территории Ставропольского края (I – точечный слой СНП; II – полигональный слой (населенные пункты); III – слой (поверхностные водоемы); IV – полигональный слой (административные границы районов); V – композитный слой, включающий I–IV слои)

На территории Ставропольского края учтено 352 СНП (см. табл.) Наибольшее их количество размещено в Изобильненском районе – 25; 21 – в Минераловодском, 20 – в Петровском, по 19 – в Предгорном и Ипатовском районах, 18 – в Кочубеевском, 17 – в Новоалександровском, по 16 – в Туркменском, Курском и Шпаковском, по 15 пунктов – в Андроповском, Буденновском, в остальных районах – от 14 до 5 пунктов. СНП в основном появились в первые 50 лет регистрируемого периода (73,0 %) и только 27,0 % пунктов – в более поздние сроки. В последнем десятилетии (2000–2009 гг.) сибирская язва была зарегистрирована только в 3 из 26 районов – в Курском, Новоалександровском и Советском. Заболеваемость ограничилась 8 случаями заболеваний среди людей и 6 случаями среди животных. Однако среди заболевших людей 2 случая осложнились сибиреязвенным менингитом с летальным исходом.

Следует подчеркнуть, что на территории края размещено 396 скотомогильников, из них 72 являются сибиреязвенными. Нет уверенности в том, что они содержатся должным образом, так как 37 % скотомогильников считаются бесхозными [8].

Заключение. Ретроспективный анализ эпизоотолого-эпидемиологической обстановки по сибирской язве за более чем 100-летний период показал, что заболеваемость сибирской язвой в Ставропольском крае в настоящее время носит спорадический характер и в большой степени зависит от эффективности проводимых противосибиреязвенных мероприятий, в частности, вакцинации животных. Однако наличие большого количества СНП, скотомогильников, бесхозное их состояние являются теми неблагоприятными факторами, которые могут привести самым неожиданным образом к заболеванию сибирской язвой животных. Поэтому разработанный с помощью ГИС-технологий кадастр СНП на территории Ставропольского края может служить основой для целенаправленного проведения профилактических мероприятий.

Литература

1. Бакулов, И.А. Оценка эффективности 10-летнего применения вакцины против сибирской язвы животных из штамма «55-ВНИИВВиМ»/ И.А. Бакулов, В.А. Гаврилов // Ветеринария, 1994. – № 8. – С. 11–15.
2. Вспышка сибирской язвы в Ставропольском крае / Н.П. Буравцева [и др.] // Сб. материалов междунар. науч. конф. «Проблемы биологической и экологической безопасности», 22–25 мая 2000 г., г. Оболенск. – Оболенск, 2000. – С. 20–21.
3. Почва – основной резервуар возбудителя сибирской язвы / Н.Г. Ипатенко [и др.] // Биопрепараты, методы их стандартизации и контроля. – М., 1990. – С. 164–169.
4. Лысогора, Е.В. Эпидемиологическая ситуация по сибирской язве в Ставропольском крае / Е.В. Лысогора // Здоровье и болезнь как состояния человека. – Ставрополь, 2000. – С. 484–485.
5. Петров, С.П. Об эпиднадзоре за сибирской язвой в Ставропольском крае / С.П. Петров [и др.] // Матер. науч.-практ. конф., посвящ. 75-летию санэпидслужбы России «Здоровье населения и среда обитания». – Ставрополь, 1997. – Сб. III. – С. 191–193.
6. Петрюк, В.А. Совершенствование противоэпидемических и профилактических мероприятий при сибирской язве в Карачаево-Черкесской Республике : автореф. дис. … канд. мед. наук / Петрюк В.А. – Саратов, 1999. – 23 с.
7. Перечень скотомогильников (в том числе сибиреязвенных), расположенных на территории Российской Федерации (Северо-Западный, Южный, Северо-Кавказский федеральные округа). – М. : ФГБНУ Росинформагротех, 2011. – С. 16–131.
8. Чуйская, Г.Я. Почва как среда сохранения и размножения возбудителя сибирской язвы / Г.Я. Чуйская // Актуальные вопросы профилактики сибирской язвы в СССР. – М., 1971. – С. 73–73.
9. Эпидемиология и эпизоотология сибирской язвы в Кабардино-Балкарской Республике / З.Х. Урусбамбетов [и др.] // Деп. в ВИНИТИ 19.07.00. – № 2010-В00.

СИБИРСКАЯ ЯЗВА В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

С. Н. АНТЮГАНОВ, Н. П. БУРАВЦЕВА,
А. Г. РЯЗАНОВА, Е. И. ЕРЕМЕНКО,
О. И. ЦЫГАНКОВА, В. М. МЕЗЕНЦЕВ,
Л. Ю. АКСЁНОВА, Е. В. ЛЫСОГОРА,
Г. А. ДЖАИЛИДИ

Целью исследования было проведение ретроспективного анализа эпизоотолого-эпидемиологической обстановки по сибирской язве в Ставропольском крае. Проанализированы два периода: 1) с 1896 по 1959 г.; 2) с 1960 по 2009 г. Для составления электронного кадастра стационарно неблагополучных по сибирской язве пунктов была использована географическая информационная система (ГИС) программы ESRI Arc GIS 9.3. Установлено, что заболеваемость сибирской язвой людей и животных в Ставропольском крае в настоящее время носит спорадический характер и в большой степени зависит от эффективности противосибиреязвенных мероприятий, в частности вакцинации животных. Разработанный с помощью ГИС-технологий кадастр СНП на территории Ставропольского края может служить основой для целенаправленного проведения профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сибирская язва, эпизоотолого-эпидемиологическая обстановка, заболевания животных, заболевания людей, стационарно неблагополучные пункты, кадастр

ANTHRAX IN STAVROPOL TERRITORY

ANTYUGANOV S. N., BURAVTSEVA N. P.,
RYAZANOVA A. G, EREMENKO E. I.,
TSYGANKOVA O. I., MESENZEV V. M.,
AKSENOVA L. Y., LISOGORA E. V.,
DGAILIDI G. A.

The aim on the study was a retrospective analysis of epizootological and epidemiological situation with anthrax in Stavropol Territory. Two periods were analyzed: from 1896 to 1959 and from1960 to 2009. The geographic information system (GIS) software ESRI Arc GIS 9.3 was used for compilation of electronic cadastre of stationary unfavourable anthrax sites (SUS). It was established, that the human and animal anthrax morbidity in Stavropol Territory is sporadic and in greater degree depends on the effectiveness of prophylactic measures, in particular, vaccination of animals. The cadastre of SUS in Stavropol Territory developed by GIS-technologies can serve as a basis for the purposeful carrying out of prophylactic measures.

Keywords: anthrax, epizootological and epidemiological situation, human and animal morbidity, stationary unfavourable anthrax sites, cadastre

© В. В. Иванов, М. В. Шипилов, 2012
УДК 616.921.5-07-092-037

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ГРИППЕ pH1N1

В. В. Иванов, М. В. Шипилов
ООО «Смоленскмединвест»

К цитокинам воспаления обычно относят фактор некроза опухоли-α (TNF-α), интерлейкин-1β (IL-1β), интерлейкин-6 (IL-6), обеспечивающие универсальную реакцию организма на внедрение возбудителя. Все они участвуют в ранней фазе инфекционного процесса [1], от реализации которой зависит установление коммуникационных межклеточных взаимодействий, выделяемых в биологическую мультисистему (наряду с нервной, эндокринной и др.) – «цитокиновую сеть» [1, 3, 5, 6].

Следует отметить, что чрезмерная продукция провоспалительных цитокинов при гриппе характеризует такое состояние, как «цитокиновый шторм», с превалированием повреждения тканей и их некроза [12]. На модели тяжелого течения гриппа А была выявлена связь между резким повышением уровня цитокинов воспаления (TNF-α, IL-1β, IL-6) и симптомами полиорганной недостаточности [14]. В основном это относится к таким цитокинам, как TNF-α и IL-6 [9, 11, 12]. Механизм патогенного действия цитокинов объясняется запуском трипсин/MMP-9 цикла в эндотелиоцитах, что разрушает матрикс микрососудов, увеличивает сосудистую проницаемость и подавляет продукцию аденозинтрифосфата, вызывая «энергетический кризис клеток» [10].

В связи с этим закономерно выявление высокого уровня цитокинов воспаления в крови больных гриппом pH1N1. Так, повышение уровня было определено у больных как среднетяжёлой, так и тяжёлой формами гриппа pH1N1 (у больных с тяжёлой формой концентрация TNF-α была более высокой), что дало авторам определить кардинальную роль TNF-α и IL-6 в патогенезе тяжёлого течения гриппа pH1N1 [9]. Повышение концентрации в крови TNF-α, IFN-γ, IFN-α/β, IL-6, IL-1, MIP-1, MIG, IP-10, IL-8 регистрировалось у пациентов с гриппом A/H5N1, при этом показатели TNF-α и IL-6 имели прогностическое значение [12].

В другом исследовании не было обнаружено достоверных отличий уровня TNF-α и IL-1β от контроля у больных среднетяжёлой формой гриппа pH1N1 при двукратном повышении IL-6. У больных с тяжёлым течением на фоне тотальной лимфоцитопении определялось повышение TNF-α, IL-1β и IL-6 в крови по сравнению с контролем и со среднетяжёлой формой, что дало основание предположить участие всех трех факторов в патогенезе тяжёлого течения [8]. Повышение IL-6 при тяжёлом течении гриппа pH1N1 было в 20 раз выше нормы, что позволило позиционировать его как важнейшего маркёра тяжёлого течения гриппа pH1N1 [8].

Исходя из противоречивости результатов, целью работы было изучение уровня TNF-α, IL-1β и IL-6 в крови больных гриппом pH1N1 на различных этапах заболевания.

Иванов Виктор Викторович, кандидат медицинских наук, заместитель директора ООО «Смоленскмединвест»;
тел.: (4812)353341, 89051612145; e-mail: med_infect@land.ru.

Шипилов Михаил Васильевич, кандидат медицинских наук, врач-эксперт ООО «Смоленскмединвест»;
тел.: (4812)353341, 89516944168;
e-mail: mshipilov@rambler.ru, mshipilov@front.ru

Материал и методы. Обследовано 17 больных среднетяжёлой формой гриппа pH1N1 в возрасте 15–54 лет с благоприятным исходом заболевания. Вторую группу составили 10 больных с тяжёлым течением pH1N1 и летальным исходом в возрасте 19–61 года. Диагноз был подтверждён с помощью метода полимеразной цепной реакции.

Забор крови для определения уровня цитокинов производили в остром периоде (1–2 день болезни) и в периоде ранней реконвалесценции (7–9 дни болезни). Уровень цитокинов определяли в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа ЗАО «Вектор-Бест», Россия).

Результаты исследований были обработаны с использованием пакета StatGraphics 15.0. Проверялись критерии нормальности Колмогорова – Смирнова, Пирсона и Шапиро – Вилкса, были использованы методы непараметрической статистики. В качестве точечной оценки характеристики центра группирования значений случайной величины использовали медиану (Me). Выборки сопоставляли с помощью критериев Вилкоксона – Манна – Уитни (ВМУ) и Колмогорова – Смирнова (КС) [2, 4]. Уровень значимости при проверке всех статистических гипотез – $p<0,05$.

Контролем служила кровь 17 здоровых доноров в возрасте 19–40 лет. Значения цитокинов контрольной группы согласовались со средними показателями, полученными при обследовании сыворотки крови здоровых доноров фирмой-производителем, составив при этом 0,5(0–6,5) пг/мл для TNF-α, 0,8 (0–6,0) пг/мл для IL-1β и 0,3 (0–147,8) пг/мл – для IL-6.

Результаты и обсуждение. У больных среднетяжёлой формой гриппа pH1N1 выявлено статистически значимое повышение концентрации всех трёх исследованных цитокинов в остром периоде заболевания с последующим (в периоде рековаленсценции) достоверным снижением до нормы (IL-1β) или ниже нормы (TNF-α и IL-6) (табл.). Изменение функционирования цитокиновой сети в остром периоде болезни, вероятно, свидетельствует о высокой активности эффекторных клеток крови в зоне воспаления по синтезу цитокинов, обеспечивающих раннюю фазу инфекционного процесса. Факт уменьшения концентрации цитокинов ниже контрольных значений к периоду реконвалесценции может быть объяснен усиленной выработкой TNF-α и IL-6 при гриппе pH1N1 в течение острого периода и возможным истощением компенсаторных возможностей соответствующих клеточных популяций по синтезу белка.

Тяжелое течение гриппа pH1N1 (вторая группа с летальным исходом) в остром периоде характеризовалось сохранением высокой концентрации TNF-α, достоверным снижением по сравнению со среднетяжёлой формой IL-1β (до нормальных значений), а также высокой концентрацией IL-6, многократно превышающей норму (100,5 пг/мл). Этот высокий уровень IL-6, характеризующий, вероятно, максимальную активность продуцирующих данный мощный провоспалительный цитокин иммунокомпетентных клеток, был также достоверно выше аналогичного показателя среднетяжёлой формы гриппа pH1N1 (табл.).

Изменение состояния цитокиновой сети, связанное с разбалансировкой функционирования эффекторных клеток крови при гиперактивности преимущественно клеток моноцитарно-макрофагального ряда, может свидетельствовать не столько об эффективном воздействии на инфекционный процесс, сколько, возможно, о чрезмерном патологическом действии провоспалительных цитокинов. Действие наиболее мощных цитокинов воспаления, ведущую роль среди которых, вероятно, играют TNF-α и IL-6, может приводить к деструкции органов и тканей с последующим развитием полиорганной недостаточности и летальному исходу [8, 9, 11, 12, 14]. Не отличающийся от нормы уровень IL-1β при тяжёлом течении гриппа pH1N1 (в сравнении с его повышением при среднетяжёлой форме) может быть объяснен параллельной (помимо моноцитов/макрофагов) выработкой и Th1-лимфоцитами [6], тогда так одним из типичных признаков тяжелого течения гриппа pH1N1 является тотальная лимфоцитопения [8, 9].

Таблица

Сравнительная характеристика цитокинов воспаления в зависимости от тяжести гриппа pH1N1

Течение гриппа	Цитокин	Период заболевания	
		острый	реконвалесценции
Среднетяжёлое	TNF-α	0,7 (0–3,4)#	0,15 (0–2,3) *#
	IL-1β	0,9 (0–3,4)** #	0,45 (0–5,2)
	IL-6	5,1 (0–71)#	0,1 (0–9,4)* #
Тяжёлое (умершие)	TNF-α	0,57 (0–1,5)#	–
	IL-1β	0,75 (0–8,8)	–
	IL-6	100,5 (16,2–300)**#	–

Примечание: * – достоверные различия в динамике заболевания; ** – достоверные различия между группами больных с тяжёлым и среднетяжёлым течением в остром периоде; # – достоверное отличие от контроля.

В связи с сохранением повышенного уровня TNF-α в сыворотке крови с резким увеличением (превышением нормы в сотни раз) концентрации IL-6, маркерами тяжелого течения гриппа pH1N1 с возможным неблагоприятным исходом могут служить уровни TNF-α и, особенно, IL-6 в сыворотке крови, что согласуется с данными литературы [9, 11].

Заключение. Одновременное повышение уровня TNF-α с нормализацией концентрации IL-1β и чрезмерным (в сотни раз) увеличением IL-6 в сыворотке крови у больных гриппом pH1N1 может свидетельствовать о переходе заболевания на новый уровень реагирования иммунной системы, характеризующийся утяжелением состояния и возможностью неблагоприятного прогноза. Данные о состоянии цитокиновой сети в норме и у больных среднетяжёлой и тяжёлой формами гриппа pH1N1 легли в основу разработанной нами экспертной системы «Экспресс-диагностика и прогноз течения ОРВИ» [7]. Исходя из результатов исследования, перспективным направлением в лечении тяжёлой формы гриппа pH1N1 может быть использование лекарственных средств, коррегирующих высокий уровень IL-6.

Литература

1. Гавришева, Н.А. Инфекционный процесс: Клинические и патофизиологические аспекты / Н.А. Гавришева, Т.В. Антонова. – СПб. : ЭЛБИ–СПб., 2006. – 282 с.
2. Кобзарь, А.И. Прикладная математическая статистика. Для инженеров и научных работников / А.И. Кобзарь. – М. : Физматлит, 2006. – 816 с.
3. Нагоев, Б.С. О роли цитокинов в регуляции иммунной системы при инфекционных заболеваниях / Б.С. Нагоев, М.Х. Нагоева, Э.А. Камбачокова // Материалы III ежегодного Всероссийского конгресса по инфекционным болезням. – Инфекционные болезни. – 2011. – Т. 9. – Прил. № 1. – С. 260.
4. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с.
5. Симбирцев, А.С. Цитокины – новая система регуляции защитных реакций организма / А.С. Симбирцев // Цитокины и воспаление. – 2002. – № 1. – С. 9–17.

6. Тотолян, А.А. Клетки иммунной системы / А.А. Тотолян, И.С. Фрейдлин. – СПб. : Наука, 2000. – 231 с.
7. Усков, А.А. Экспертная система «Экспресс-диагностика и прогноз течения ОРВИ» / А.А. Усков, М.В. Шипилов // Информатика, математическое моделирование, экономика. – Смоленск, 2011. – Т. 1 – С. 185–188.
8. Bermejo-Martin, J.F. Th1 and Th17 hypercytokinemia as early host response signature in severe pandemic influenza / J.F. Bermejo-Martin, R.O. de Lejarazu, T. Pumarola [et al.] // Crit. Care. – 2009. – Vol. 13, № 6. – P. 201.
9. Hagau, N. Clinical aspects and cytokine response in severe H1N1 influenza A virus infection / N. Hagau, A. Slavcovici, D.N. Gonganau [et al.] // Crit. Care. – 2010. – Vol.14, № 6. – P. 203.
10. Kido, H. Mechanisms of multi-organ failure in severe influenza / H. Kido, J. Chida, M. Yao, S. Wang // Nippon Rinsho. – 2010. – Vol. 68, № 8. – P. 1565–1573.
11. Salomon, R. Inhibition of the cytokine response does not protect against lethal H5N1 influenza infection / R. Salomon, E. Hoffmann, R.G. Webster // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2007. – Vol. 104, № 30. – P. 12479–12481.
12. Us, D. Cytokine storm in avian influenza / D. Us // Mikrobiyol. Bul. – 2008. – Vol. 42, № 2. – P. 365–380.
13. Wang, S. Influenza virus-cytokine-protease cycle in the pathogenesis of vascular hyperpermeability in severe influenza / S. Wang, T.Q. Le, N. Kurihara // J. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 202, № 7. – P. 991–1001.

ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЦИТОКИНЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ГРИППЕ pH1N1

В. В. ИВАНОВ, М. В. ШИПИЛОВ

Изучены концентрации основных цитокинов воспаления – фактора некроза опухоли-α (TNF-α), интерлейкина-1β (IL-1β) и интерлейкина-6 (IL-6), методом иммуноферментного анализа в сыворотке крови 27 больных гриппом pH1N1. Выявлено достоверное повышение всех исследованных цитокинов в остром периоде среднетяжелого течения гриппа pH1N1. Тяжелое течение гриппа характеризовалось сохранением высокого уровня TNF-α, чрезмерно высоким увеличением концентрации IL-6 (в сравнении со среднетяжёлым течением и контролем) и нормализацией концентрации IL-1β. Лабораторными маркёрами тяжёлого течения гриппа pH1N1 могут быть концентрация TNF-α и, особенно, IL-6.

Ключевые слова: грипп pH1N1, фактор некроза опухоли-α, интерлейкин-1β, интерлейкин-6

INFLAMMATORY CYTOKINES AND THEIR IMPORTANCE IN INFLUENZA pH1N1

IVANOV V. V., SHIPILOV M. V.

The goal was to study serum concentrations of key inflammatory cytokines such as tumor necrosis factor-α (TNF-α), interleukin-1β (IL-1β) and interleukin-6 (IL-6) by enzyme immunoassay in 27 patients with influenza pH1N1 and 17 controls. Significantly increased concentrations of all investigated cytokines were revealed in the acute stage of influenza pH1N1with moderate clinical course. Severe influenza was characterized by persistently high levels of TNF-α, excessive increase of IL-6 concentrations (compared with moderate influenza group and controls) and normalization of IL-1β concentrations. The results have demonstrated that TNF-α and especially IL-6 serum levels can serve as laboratory markers of influenza pH1N1 severity.

Key words: influenza pH1N1, tumor necrosis factor-α, interleukin-1β, interleukin-6

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.9:618.1:616-053.4 (470.063)

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПОДРОСТКОВ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ

В. В. Чеботарев[1], Е. В. Змиевская[1], П. М. Алиева[2]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Дагестанская государственная медицинская академия

Чеботарёв Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)287922, 89624475355; e-mail: sgmakvd@mail.ru

Змиевская Екатерина Валерьевна, соискатель кафедры дерматологии и косметологии
Ставропольской государственной медицинской академии;
врач-дерматовенеролог
Краевого клинического
кожно-венерологический диспансера, Ставрополь;
тел.: 89286396681; e-mail: zmievsckaya.kat@yandex.ru

Алиева Папу Магомедовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии
Дагестанской государственной медицинской академии;
тел.: 89282981280; e-mail: marat2002@pochta.ru

Проблема заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), никогда не теряла своей актуальности в масштабах медицины и социальной политики страны. Особую нишу здесь занимает подростковая заболеваемость, от которой напрямую зависит репродуктивное здоровье населения. Нарастание частоты нарушений репродуктивной функции как у девушек, так и у юношей коррелирует с увеличением числа ИППП [8]. Сексуальность подростков и связанные с ней проблемы (репродуктивное здоровье, рискованное поведение, ИППП, нежелательная беременность) остаются terra incognita не только для российских врачей (педиатров, врачей общей практики, гинекологов), но и для учителей, школьных психологов, родителей [7].

Знание распространенности основных факторов риска заболеваемости ИППП, установление наиболее распространенных возбудителей, оценка клинической картины поражений мочеполовых путей и органов малого таза являются задачами нашего исследования. Их цель – разработать дополнительные инструменты планирования и проведения профилактических мероприятий.

Материал и методы. В 2011 году было опрошено 589 подростков обоего пола, которые представляли собой выборочную совокупность (64,2 % девушек и 35,8 % юношей). Это были учащиеся старших классов общеобразовательных школ и первых курсов вузов. Им предложили заполнить анкету с вопросами, касающимися знаний относительно профилактики ИППП.

Генеральная совокупность нашего исследования – молодые люди от 14 до 21 года, проживающие в городе Ставрополе. Численность генеральной совокупности 70–80 тыс. человек. Репрезентативность выборки обусловлена гнездовым методом формирования выборочной совокупности. Анкетирование было полностью добровольным и анонимным, осуществлялось специально обученным персоналом. Педагоги по предварительной договоренности не присутствовали в классе, респонденты сидели по одному за партой, анкеты при выходе помещались в ящик с узкой прорезью самими учащимися.

Проанкетировано также 417 преподавателей, классных руководителей, что составило выборочную совокупность из генеральной, которая равнялась 2–3 тыс. человек. Репрезентативность выборки также обусловлена гнездовым методом формирования выборочной совокупности.

Для оценки межгрупповых различий применяли t-критерий Стьюдента. Для анализа сложных таблиц – критерий Пирсона. Статистическую обработку выполняли с использованием стандартных пакетов программ статистического анализа – международной программы обработки социальной информации SPSS (12-я версия).

Результаты и обсуждение. Из 589 анкетированных подростков обоего пола было 64,2 % девушек и 35,8 % юношей. Имели полную семью 70,8 %, жили с одним из родителей 29,2 %. Для обеспечения полноценной жизни детей в нашей стране важно, чтобы они росли в стабильных семьях с двумя взрослыми родителями. Имея перед собой модель неполной семьи, подросток сам часто копирует ее в собственную жизнь и в отношения с противоположным полом. Традиционно считается, что полные семьи по сравнению с неполными имеют заведомо меньшее количество факторов риска для жизнедеятельности их членов [6].

Оценили благосостояние своей семьи как низкое 4,8 % опрошенных, как среднее (денег хватает, но дорогие покупки «не по карману») – 66,4 %. Считали свою семью состоятельной 13,9 %. Низкое материальное благосостояние семьи, плохие жилищно-бытовые условия, наличие вредных привычек у родителей, низкий образовательный и культурный уровень семьи – значимые факторы риска несовершеннолетних [2, 4].

Регулярно употребляют алкогольные напитки 72,7 % родителей респондентов. Делятся с родителями всеми своими проблемами 46,4 % респондентов. Знакомы со всеми друзьями своих детей 34,1 % родителей. На помощь родителей даже в самой сложной жизненной ситуации могут рассчитывать 66,8 % подростков. Доверяют во всем мнению и знанию своих родителей 51,4 %. Досаждают своими нравоучениями родители 5,8 % опрошенных, что, несомненно, является различием во взглядах двух поколений. Не любят обращаться к старшим с вопросами 11,1 % подростков, предпочитая находить ответы на вопросы самостоятельно.

Формирование нынешней молодежи происходит в условиях информационных и коммуникационных технологий и глобализации. Но источники, из которых молодые люди черпают знания по интересующим их проблемам межполовых отношений, недостоверны, решения этих проблем труднодоступны [2].

На момент исследования 42,3 % опрошенных уже имели половой контакт. Начали половую жизнь до 14 лет 11,6 % молодежи. Вступили в половую связь впервые в 14–15 лет 28,9 % подростков, 38,6 % – в 16–17 лет. Впервые имели сексуальный контакт в 18–19 лет 20,9 % респондентов. Раннее беспорядочное начало половой жизни в настоящее время стало довольно типичным явлением для нашей молодежи [6]. Живут половой жизнью 42,3 % несовершеннолетних, хотя в этот период подросток еще ни физически, ни психически, ни социально не подготовлен к ней. В этом и кроется опасность ранней половой связи.

Исследование девиантных привычек показало, что 58,9 % респондентов знакомы с алкогольными напитками, причем 55,3 % считают, что, употребляя их «по праздникам», они делают это «редко». Признались, что выпивают чаще раза в неделю 3,6 %. Отсюда возникает вопрос о ранней алкоголизации. Наиболее неблагоприятный период приобщения к алкоголю – возрастной период 12–15 лет [2]. Настораживает доступность алкогольных напитков для молодежи – относительно недорогое пиво и джин-тоник являются напитками, которые чаще употребляют подростки на вечеринках.

В качестве вредной привычки выявлено курение: регулярно 17,9 %, от случая к случаю – 15,5 %. Среди респондентов 2,9 % употребляли токсичные и наркотические вещества. На вопрос «Употребляли ли Вы алкоголь или наркотики перед первым половым контактом?» 11,7 % ответили утвердительно. Психологической особенностью подросткового периода являются биологически обусловленные реакции эмансипации, группирования со сверстниками и хобби-реакции, которые обусловливают поисковый характер поведения и «пробы взрослой жизни» [3].

Кроме этого, формирование «Я-концепции» и собственной системы ценностей, процессы идентификации и социализации приводят к тому, что установки, привитые родителями и социальными институтами, подвергаются критике, а другое отношение к различным аспектам взрослой жизни еще не сформировано и не осознанно применительно к себе. Это приводит к расхождению между реальным поведением подростков и их установками к такому поведению [1].

Для подросткового возраста характерно рискованное поведение, обусловленное «пробами взрослой жизни» – курение, употребление алкоголя, наркотиков и сексуальная практика. Имели за свою недолгую половую жизнь более трех партнеров 32,3 % опрошенных подростков. Вступили впервые в сексуальный контакт с малознакомым человеком 17,9 % молодых людей. На вопрос «Сколько половых партнеров вы предпочитаете иметь?» 12,9 % респондентов ответили – несколько, а 26,5 % – как получится. Опасность этих фактов заключается в том, что подростки часто не осознают опасности заражения ИППП, развития нежелательной беременности в силу отсутствия знаний по этим вопросам, а также по причине недостаточно развитой сети медико-социальной помощи молодежи по вопросам репродуктивного здоровья.

При возникновении проблем молодежь часто не знает, куда можно обратиться за помощью. Слышали об ИППП 93,2 %, причем 32,3 % черпали информацию из ресурсов Интернета, 39,3 % – из программ телевидения, радио и газет, «наслышаны» о проблеме от друзей 27,5 % опрошенных. Доля Интернет-ресурсов неуклонно растет. Пропаганда «свободных отношений» буквально с каждой Интернет-страницы приводит к неправильному, легкомысленному пониманию отношений между полами.

Особенностью подросткового и молодого возраста является то, что молодые люди не отождествляют с собой возможные последствия рискованного поведения, в том числе незащищенных половых контактов [7]. От медработников ознакомились с проблемой 53,5 % респондентов. По всей вероятности, столь высокий процент обусловлен активно работающим на базе «Краевого клинического кожно-венерологического диспансера» Центром профилактики и контроля ИППП для детей и подростков «Доверие». В доступной, привлекательной, доверительной форме доктора прививают детям и подросткам понятия о сексуальной культуре, направленные на снижение частоты промискуитетных связей и формирование ответственности за свое репродуктивное здоровье и здоровье партнера. Тем не менее 85,2 % всех опрошенных никогда не обращались и не обследовались на ИППП (29,5 % из них живут половой жизнью). При подозрении у себя ИППП обратились бы в специализированные клиники 72,3 % респондентов, попросили бы помощи родителей 39,3 %. Обратились бы к знакомым и друзьям 5,6 и 5,3 % соответственно. Занялись бы самолечением, поиском информации в Интернете и других информационных источниках либо искали какие-то иные решения 4,7 % подростков. Таким образом, каждый пятый подросток при таких обстоятельствах склонен к выжидательной тактике поведения, что вызывает тревогу, так как очевидна взаимосвязь между ней и рискованным сексуальным поведением, что вполне объясняет позднюю диагностику ИППП этой группы [4]. Врачу необходимо убеждать больных подростков, особенно девочек, что выжидательная тактика опасна. В этом плане в качестве позитивной мотивации может послужить не только корректное отношение к подростку врача, но и комфортное ощущение подростка, обратившегося в данное лечебное учреждение. В связи с этим представляется позитивным опыт создания специализированных подростковых центров [5].

При анкетировании преподавателей и классных руководителей (всего 417 респондентов) были выявлены следующие факты. По мнению 44,1 % опрошенных, воспитанием сексуального поведения подростка должны заниматься родители. Уверены в том, что лекции, занятия, проводимые специалистами центра «Доверие», ведут к развращённости подростков 23,5 % преподавателей. Ответили, что дети слишком малы для подобного рода разговоров 32,4 % педагогов; 49,1 % сомневаются, что смогут дать ответы на вопросы, связанные с репродуктивным здоровьем часто из-за недостаточно доверительных отношений с подростком или из-за ложной стыдливости. Но в целом 91,3 % педагогов положительно бы отнеслись к регулярным занятиям по половому воспитанию и профилактике ИППП у себя в классе или группе. Оценили уровень своих собственных знаний о ИППП как средний 69,3 %, как низкий – 9,1 %. С охотой повысили бы его 56,9 %. Считают, что им это не нужно 43,1 % педагогов. Можно с уверенностью сказать, что в школах, колледжах, вузах необходимы обучающие методические пособия, «живые» лекции не только для учащихся, но и для преподавателей, потому что только сообща, можно повысить эффективность профилактики ИППП.

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что 22,9 % анкетированных учащихся проживает в неполных семьях. Хотя благосостояние семьи оценивается как среднее (66,4 %), 72,7 % родителей регулярно употребляют алкогольные напитки, что неблагоприятно сказывается на климате семьи. Очевидно, с этим связан факт, что менее половины (46,4 %) респондентов делятся с родителями своими проблемами. Молодёжь рано начинает половую жизнь: впервые до 14 лет и в 14–15 лет вступили в половую связь 40,5 % респондентов, при этом 32,3 % уже имели более трёх половых партнёров, а у 17,9 % она была с малознакомыми лицами. Не знают, куда обратиться с возникшими проблемами ИППП, 93,2 % опрошенных.

Проведение лекций с подростками, в том числе с врачами, приводит, по мнению преподавателей (23,5 %), к развращённости, половина преподавателей (47,1 %) сомневаются в своих знаниях по сексуальному вопросу.

Необходимо совершенствование работы с подростком. Создание не только центров «Доверие» для молодёжи, но и обучающих семинаров для преподавателей, через факультеты усовершенствования, при их очередной переподготовке. Следует использовать Интернет, создавая «конкурирующие» программы по нравственно-этическому воспитанию молодёжи.

Литература

1. Алексеев, В. Медико-социальные проблемы заболеваемости сифилисом детей и подростков в Москве / В. Алексеев, И. Шурандина, А. Панченко // Врач. – 2008. – № 1. – С. 79–81.
2. Андреев, В.В. Половые преступления, совершаемые членами семьи по отношению к детям и подростка / В.В. Андреев, О.А. Быховская // Суд.-мед. экспертиза. – 1995. – № 1. – С. 13–14.
3. Антоньев, А.А. Венерические заболевания у наркоманов / А.А. Антоньев, Г.М. Руденко // Всерос. съезд дерматологов и венерологов, 6-й : тез. докл. – М., 1989. – Вып. 1. – С. 10–11.
4. Аравийская, Е.Р. Анализ поведения подростков, предполагающих возможность заражения инфекциями, передаваемыми половым путём / Е.Р. Аравийская, Е.В. Соколовский, И.Н. Гурвич // ИППП. – 2001. – № 1. – С. 26–30.
5. Лузан, Н.В. Современные стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), у несовершеннолетних / Н.В. Лузан, Е.В. Зайцева // Вестн. дерматол. и венерол. – 2001. – № 5. – С. 37–39.
6. Низамов, И.Г. Социологическое исследование факторов, влияющих на репродуктивное здоровье подростков и юных женщин / И.Г. Низамов, О.В. Чечулина // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2003. – № 1. – С. 10–13.
7. Рахматулина, М.Р. Анализ уровня информированности несовершеннолетних различных социальных групп по вопросам профилактики ИППП / М.Р. Рахматулина // Вестник последипломного образования. – 2009. – № 2. – С. 31–34.
8. Спиридонов, В.Е. Опыт работы по профилактике инфекций, передаваемых половым путем / В.Е. Спиридонов // Рос. журн. кож. вен. бол. – 2004. – № 1. – С. 63–64.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ У ПОДРОСТКОВ ГОРОДА СТАВРОПОЛЯ
В. В. ЧЕБОТАРЕВ, Е. В. ЗМИЕВСКАЯ, П. М.АЛИЕВА

Проведено анкетирование 589 учащихся в возрасте от 14 до 21 года и 417 педагогов. Установлено раннее начало половой жизни (до 15 лет – 40,5 %), наличие более трёх половых партнёров (32,3 %). Не информированы о необходимости обратиться в медицинское учреждение при возникновении ИППП 93,2 %. Средний материальный уровень жизни родителей (66,4 %), частое употребление ими спиртных напитков (72,7 %), проживание в неполных семьях (29,2 %) отрицательно сказываются на воспитании детей. Опрошенные педагоги (23,5 %) не понимают необходимость нравственно-этического полового воспитания учащихся.

Ключевые слова: учащиеся, педагоги, анкетирование, половое воспитание

MORBIDITY STRUCTURE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ADOLESCENTS OF STAVROPOL
CHEBOTAREV V. V., ZMIEVSKAYA E. V., P. M. ALIEVA

A survey of 589 students aged 14 to 21 years and 417 teachers was performed. Early sexual activity was established (up to 15 years old - 40.5%), the presence of more than three sexual partners (32.3%). 93.2% are not aware of the need to apply to a medical unit in case of STI. The average standard of living of their parents (66.4%), frequent consumption of alcoholic drinks (72.7%), living in single-parent families (29.2%) have negative effect on the upbringing of children. Interviewed teachers (23.5%) did not understand the need for moral and ethical sexual education of students.

Key words: students, teachers, questioning, sex education

© Коллектив авторов, 2012
УДК 614.2:614.255.1

МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ (КОМПЕТЕНТНОСТЬ): СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, СПОСОБЫ ОЦЕНКИ, МЕТОДИКИ ПОВЫШЕНИЯ ГРАМОТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

К. Р. Амлаев, В. Н. Муравьева, А. А. Койчуев, Г. Ю. Уткина
Ставропольская государственная медицинская академия

Низкий уровень грамотности в целом, равно как и грамотности в вопросах здоровья, может существенно повлиять на состояние здоровья человека, на возможность его личного, социального и культурного развития, а также ухудшить качество его жизни. При подготовке обзора литературы по современному состоянию этой проблемы мы обнаружили, что основная масса исследований проводилась по инициативе Всемирной организации здравоохранения за рубежом, в то время как отечественных работ по данной тематике крайне мало.

Амлаев Карэн Робертович, доктор медицинских наук, профессор кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» Ставропольской государственной медицинской академии; главный врач Городского центра медицинской профилактики города Ставрополя; тел.: 89283180604; e-mail: kum672002@mail.ru

Муравьева Валентина Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой организации здравоохранения, экономики и социальной работы, ректор Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352331; e-mail: rector@stgma.ru

Койчуев Арсен Аскерович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры онкологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283180604; e-mail: kum672002@mail.ru

Уткина Галина Юрьевна, доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения, экономики и социальной работы Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89624402380; e-mail: kum672002@mail.ru

Авторы научных публикаций отмечают, что низкая компетентность населения в вопросах здоровья часто ассоциируется с неравным доступом к медицинскому обслуживанию, поэтому у людей с низкой грамотностью в вопросах здоровья состояние здоровья обычно хуже, а риск госпитализации выше [6].

Навыки грамотности в вопросах здоровья требуют функциональных возможностей, чтобы осознать риск, разобраться в противоречивой информации, принимать связанные со здоровьем решения, разбираться в сложных системах здравоохранения и «требовать» перемен, когда системы здравоохранения, сообщества и государственная политика и структуры не в полной мере удовлетворяют потребности гражданина как пациента. Компетентность в вопросах здоровья формирует поведение людей и их выбор, и, наконец, их здоровье и благополучие. Ее низкий уровень приводит к несоблюдению здорового образа жизни, рискованному поведению, большему числу госпитализаций и увеличению расходов на здравоохранение.

Недостаточный уровень грамотности в вопросах здоровья является главной проблемой во всех странах, где этот вопрос изучался. Причем это характерно как для развитых, так и для развивающихся стран. Отмечается, что повышение грамотности в вопросах здоровья – процесс, длящийся на протяжении всей жизни, и результаты его не всегда удовлетворительные. Так, в Англии, США, Австралии и Канаде исследования показали низкий уровень грамотности здоровья у 20–50 % населения. Опрос, проведенный Национальным советом потребителей в Великобритании (NCC 2004), выявил у одного из пяти человек

проблемы с основными навыками, необходимыми для понимания простой информации, которая может привести к улучшению здоровья. Почти половине взрослого населения США не хватает грамотности для эффективного использования системы здравоохранения. К сожалению, в России исследования подобного рода не проводились.

Исследования, проведенные в развивающихся странах, показали, что общая грамотность положительно коррелирует с личными доходами, экономическим ростом, расширением прав и возможностей женщин, продолжительностью жизни и меньшим количеством детей [38]. Существует также положительная связь между уровнем образования и доходом [9, 12].

Просвещение в вопросах здоровья влияет на важные аспекты жизни сообществ. В развивающихся странах повышение образовательного уровня матери снижает младенческую и детскую смертность [28]. Количество лет, потраченных на получение образования, обратно пропорционально возрастной смертности во многих странах, таких как Норвегия, Англия и Венгрия [27].

Исследование значения образования для здоровья показало, что низкий образовательный уровень был связан с повышенным риском смерти от рака легких, инсульта, сердечно-сосудистых и инфекционных заболеваний, а также с появлением боли в спине, депрессии, деменции, астмы и диабета. Даже в странах, где средняя продолжительность жизни возросла, разрыв между людьми с наибольшим и наименьшим уровнями образования остался [17].

Существует также четкая связь между уровнем образования и здоровым образом жизни. Например, вероятность стать курильщиком увеличивается в менее образованных группах населения. Люди с низким уровнем образования чаще, чем образованные люди, являются курильщиками в возрасте 30 лет [35]. Высший уровень образования связан с уменьшением количества курильщиков в Европе. Высокий уровень образования связан также с идеальной массой тела в Европе, России и Китае [24]. Люди с ограниченной грамотностью в вопросах здоровья имеют меньше знаний о здоровье, доступе к профилактическим услугам, плохие навыки самоконтроля [36, 37].

Человек с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья не имеет достаточных знаний, например, о хронических заболеваниях, в том числе астме, гипертонии, диабете и сердечных заболеваниях, демонстрирует плохие навыки самоконтроля. Это было изучено у больных с астмой, ВИЧ-инфекцией и сахарным диабетом [36, 37, 39]. Пациенты с ограниченной грамотностью в вопросах здоровья чаще госпитализируются и чаще вызывают скорую помощь [7, 23].

Люди с низким уровнем компетентности в вопросах здоровья в два раза чаще имеют проблемы в здоровье, несмотря на возраст, пол, расу и маркеры экономических лишений [8]. Медицинская грамотность оказалась значительным, независимым прогнозирующим параметром среднего содержания сахара в крови у людей с сахарным диабетом [31], а также отмечено, что они чаще страдают от сахарного диабета, хронической сердечной недостаточности, имеют большие проблемы и ограничения, связанные с психическим и физическим здоровьем [39].

Экономический анализ, проведенный в США показал, что низкая компетентность в вопросах здоровья стоит системе здравоохранения США 30–73 млрд долл. в год. Социальными программами покрываются 63 % от дополнительных расходов на здравоохранение, из-за низкого уровня грамотности в вопросах здоровья [15].

Очевидно, что данная проблема имеет существенные финансовые и медико-социальные последствия для общества в целом. В этой связи становится актуальной задача по разработке инструментария оценки способности людей использовать информацию для достижения и поддержания хорошего уровня личного здоровья, в том числе уровня знаний о здоровье и навыков навигации (то есть могут ли люди пользоваться услугами доступа к качественной медицинской помощи, находить нужную информацию и т. д.). Для решения задачи оценки компетентности в вопросах здоровья у взрослых в настоящее время используются следующие тесты: TOFHLA, который занимает 22 минуты, и короткий тест S-TOFHLA. Тест TOFHLA использует три отрывка из текста, чтобы оценить понимание прочитанного: 1) инструкции по подготовке к рентгенологическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта; 2) права и обязанности пациентов в разделе выбранной формы; 3) стандартную форму договора с больницей. В каждом из этих отрывков примерно каждое пятое слово пропущено. Тестируемого просят выбрать наиболее подходящее слово, чтобы закончить предложение. S-TOFHLA использует только первые два отрывка (занимает 12 минут).

Для обоих тестов TOFHLA и S-TOFHLA больничные формы и рецепты также используются для оценки навыков счета пациента, например инструкции для принятия лекарств, расписание, контроль артериального давления, уровня глюкозы и др.

New Vital Sign (NVS) тест – инструмент для проверки грамотности здоровья, который занимает всего три минуты. Нужно, чтобы пользователи читали стандартную этикетку на мороженом и ответили на серию из шести вопросов. Данная концепция подразумевает, что грамотность здоровья жизненно важна так же, как частота сердечных сокращений и артериальное давление.

В исследовании оценивали ряд вопросов, в качестве потенциальных критериев, определяющих грамотность в здоровье. Были заданы три вопроса:

- Как часто у Вас возникли проблемы при изучении состояния Вашего здоровья из-за трудностей понимания письменной информации?
- Насколько Вы уверены при самостоятельном заполнении медицинской формы?
- Как часто Вы попросите кого-нибудь помочь Вам читать медицинские материалы?

При анализе результатов исследования вопрос «Насколько Вы уверены при самостоятельном заполнении медицинских форм?» был определен как лучший для определении плохой грамотности в вопросах здоровья.

В дополнение к анализу деятельности исследователи использовали инструменты оценки, чтобы узнать, насколько хорошо учреждение здравоохранения удовлетворяет потребности пациентов с ограниченными навыками грамотности в вопросах здоровья [19].

Оценка грамотности здоровья, основанная на «Фактах для жизни» [33], была проверена в Китае, Мексике, Гане и Индии. Она состоит из ряда истинных и ложных вопросов, основанных на «тринадцати

существенных для жизни фактах» («essential Facts for Life messages»), рассмотренных в ЮНИСЕФ и др. Она включает в себя: сроки родов, безопасное материнство, развитие ребенка и обучение в раннем возрасте, грудное вскармливание, питание и рост, гигиену, иммунизацию, диарею, кашель, простуду и более серьезные заболевания, малярию, ВИЧ/СПИД, а также травмы и катастрофы, чрезвычайные ситуации.

Ratzan с соавт. [26] предположили, что грамотность здоровья населения должна рассматриваться как важный критерий при проведении оценки здоровья. Индекс грамотности здоровья населения может предоставить полезную и уникальную информацию о компетентности населения в вопросах здоровья. Такой индекс может дополнить оценку общественного здоровья [16, 21, 23].

Медико-санитарная информация и материалы, официальные документы, в том числе формы информированного согласия, формы социального обслуживания, здравоохранения и медицинские инструкции, часто содержат специализированный язык, что затрудняет их использование [30]. Кроме того, исследования показывают, что медицинская информация зачастую является более сложной для понимания, чем другие типы информации [29]. Большинство подходов для повышения грамотности в здоровье связаны с предоставлением информации пациентам, которая написана упрощенным языком, в улучшенном формате (например, больше пустого пространства и понятный макет), или содержащая пиктограммы и другие графики [13].

Исследование показало, что люди, которые слушали инструкции по медицинскому обследованию, которые при этом сопровождались пиктограммами, вспомнили 85 % того, что они услышали, в отличие от пациентов, которые запомнили 14 % информации без наглядного представления [19].

Интернет, мобильные телефоны и другие методы коммуникации позволяют мгновенно передавать и получать информацию. Доступ к Интернету и мобильному телефону отражает социально-экономические различия между странами и внутри стран. В странах с высоким уровнем дохода (16 % мирового населения) 7 % больных имеют доступ к 94 % Интернет-хостов. Малоимущие страны с 84 % населением и 93 % больных насчитывают только 6 % Интернет-хостов [14].

Одним из широко используемых типов технологической связи является техника телефонного консультирования: разговорная или с помощью текстовых сообщений. Эта технология набирает популярность, так как двое из трех человек на планете имеют доступ к мобильным телефонам. Шестьдесят четыре процента пользователей мобильных телефонов живут в развивающихся странах. К 2012 году половина всех жителей в отдаленных районах мира будет иметь мобильные телефоны [11].

Школы и другие учебные заведения играют важную роль в развитии грамотности во всех странах. Общая грамотность может повлиять на улучшение состояния здоровья прямыми и косвенными способами. Она помогает детям и взрослым узнать, что влияет на их здоровье, повлиять на выбор, который они делают, найти достоверную информацию. Обучение может иметь преимущества в плане улучшения компетентности, здорового образа жизни и наиболее эффективного использования медицинских услуг. Общая грамотность улучшает перспективы трудоустройства, помогает людям выйти из безработицы, а также оказывает помощь на рынке труда. Участие взрослых в процессе обучения может быть полезно для следующего поколения, его обучения и здоровья. Развитие таких навыков грамотности у детей должно стать приоритетом для взрослых и должно быть включено во всех школах в программы обучения с особым акцентом на участие в раннем воспитании родителей. Контекст и содержание таких программ влияют на детей и взрослых, на их обучение, сохранение и передачу информации. Учащиеся сохраняют и применяют информацию лучше в условиях, аналогичных тем, в которых они её получили [10, 23, 26].

Всемирная организация здравоохранения (1996) выявила несколько барьеров, которые могут препятствовать осуществлению программ по повышению грамотности в вопросах здоровья в школах.

Во-первых, политики и политические лидеры, а также общественность в целом часто не до конца понимают истинное влияние программ современной школы на состояние здоровья. Во-вторых, некоторые представители общества могут не поддерживать программы со «спорным» содержанием, например тех, в которых обсуждаются ВИЧ-инфекции, распространение инфекций, передаваемых половым путем, и нежелательную беременность. В-третьих, современные программы школьного здравоохранения требуют эффективного сотрудничества между учреждениями образования и здравоохранения. В случае отсутствия такого сотрудничества положительных результатов добиться сложнее.

Образование и грамотность оказывают положительное влияние на здоровье всего населения, особенно на здоровье женщин и их детей [25, 32].

Считается, что две трети из 960 миллионов неграмотных взрослых в мире – женщины. Существует положительная взаимосвязь женского образования и роста возможностей для женщин. Образование расширяет возможности женщин, предоставляя им знания и новый взгляд на свою роль, улучшает потенциал их заработка. Доходы женщин возрастают на 10–20 % за каждый дополнительный год обучения. Образованные женщины чаще откладывают вступление в брак и деторождение, лучше помогают своим семьям в вопросах здоровья, отправляют своих детей в школу и вносят вклад в экономический рост [15, 38].

Еще одной возможностью для повышения грамотности в вопросах здоровья является внедрение соответствующих программ на рабочем месте. ВОЗ в 2008 году определила продвижение здоровья на рабочих местах как совместные усилия работодателей, работников и общества в целях улучшения здоровья и благополучия людей. Оно направлено на ряд факторов, таких как пропаганда здорового образа жизни и непрофессиональных факторов окружающей среды. К непрофессиональным факторам относятся: благосостояние семьи, дома, условия общения, а также общественные факторы (и риски), которые влияют на здоровье работников.

ВОЗ представила концепцию по укреплению здоровья на рабочем месте (HPW) как интегрированный способ оказания должного внимания здоровью и безопасности работников.

Программа направлена:

- на помощь работникам принимать здоровые решения и делать здоровый выбор для себя и своих семей;

– сокращение рабочих мест, связанных с рисками для здоровья;
– повышение информированности и улучшение действий в отношении защиты здоровья от связанных с работой факторов окружающей среды (например, борьбы с загрязнением);
– введение программ профессионального здоровья и безопасности для уменьшения общественных рисков;
– использование на рабочих местах медицинской диагностики, медицинских осмотров и оценки функциональных возможностей работников;
– связь с другими общественными мероприятиями, проводимыми при серьезных заболеваниях (например, ВИЧ/СПИД, болезни сердца) как часть расширенной профилактики заболеваний и стратегии управления [20, 34]. На наш взгляд, реализация программ оздоровления работников на предприятиях и в организациях требует проведения соответствующего обучения. В РФ такой опыт накоплен при проведении образовательных Школ для пациентов, Школ здоровья. Во время занятий в таких школах работники имеют возможность повысить не только уровень знаний в отношении своего заболевания, но и грамотность в вопросах здоровья в целом [1, 2, 3, 4]. Такие программы дают не только медико-социальный, но и значимый экономический эффект [5].

Таким образом, проблема грамотности по вопросам здоровья является актуальной проблемой здравоохранения, требующей неотложного решения как на политическом уровне, так и на уровне оказания первичной медицинской помощи населению. Проведенный анализ научной литературы свидетельствует о том, что наиболее перспективными стратегиями повышения компетентности в вопросах здоровья являются те, которые реализуются в школах на основе партнерства учреждений здравоохранения и образования с участием взрослых (родителей), а также на предприятиях и в организациях в рамках программ охраны здоровья работающих. Перспективными технологиями распространения соответствующих знаний являются современные средства коммуникации, такие как Интернет.

Литература

1. Амлаев, К.Р. Образовательные программы для пациентов как резерв оптимизации медико-профилактической помощи населению города Ставрополя / К.Р. Амлаев, В.О. Францева, Т.Л. Кобылкина // Материалы межрегиональной науч.-практ. конф. – Ставрополь : Орфей, 2004. – С. 48–50.
2. Амлаев, К.Р. Проект «Здоровье на рабочем месте». Модель социального партнерства в оздоровлении трудового / К.Р. Амлаев, Р.К. Шахраманова, В.О. Францева [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2006. – № 3. – С. 20–22.
3. Амлаев, К.Р. Опыт организации межсекторального сотрудничества в вопросах здоровья / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева, Р.К. Шахраманова // Профилактика заболеваний и укрепл. здоровья. – 2007. – №1. – С. 3–10.
4. Амлаев, К.Р. Межсекторальная технология охраны и укрепления здоровья работающего населения / К.Р. Амлаев, В.Н. Муравьева // Вестн. Ставропольского гос. ун-та. – 2007. – № 48. – С. 244–249.
5. Амлаев, К.Р. Медико-экономическая эффективность работы школ здоровья / К.Р. Амлаев, Е. В. Иванова, В.Н. Муравьева, В.О. Францева, Е.П. Шалина // Врач. – 2007. – №7. – С. 76–78.
6. Coulter, A. Краткий аналитический обзор – Анализ систем и политики здравоохранения / A. Coulter, S. Parsons, J. Askham // Всемирная организация здравоохранения. – 2008. – URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76436/E93419R.pdf
7. Baker, D.W. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees / D.W. Baker, J.A. Gazmararian, M.V. Williams [et al.] // Am. J. Public Health. – 2002. – Vol. 92. – P. 1278–1283.
8. Baker, D.W. Health literacy and the risk of hospital admission / D.W. Baker, R.M. Parker, M.V. Williams [et al.] // J. Gen. Intern. Med. – 1998. – Vol. 13. – P. 791–798.
9. Barro, R.J. Economic Growth in a Cross-Section of Countries / R.J. Barro // Quarterly Journal of Economics. – 1991. – Vol. 106, № 2. – P. 407–443.
10. Bereiter, C. Situated cognition and how to overcome it / C. Bereiter // Situated Cognition: Social, Semiotic and Psychological Perspectives. – 1997. – P. 281–300.
11. Bloom, B. Public-Private Partnership Models. In UN 2010. Background Paper for the Global Strategy for Women's and Children's Health: Investing in Our Common Future. Innovations Working Group / B. Bloom. – New York, 2010. – P. 18–26.
12. Cassen, R. Education and Development: A Note on Instrumental Effects. Prepared for the Global Science Panel on Population and Environment, «Science Meeting on Population and Sustainable Development», 21–23 March 2002 / R. Cassen // International Institute of Applied Systems Analysis, Laxenburg, Austria, 2002. – P. 2–9. – URL: http://www.iiasa.ac.at/gsp/papers_iiasa.html?sb=13.
13. Doak, L.G. Strategies to improve cancer education materials / L.G. Doak, C.C. Doak, C.D. Meade // Oncology Nursing Forum. – 1996. – Vol. 23, № 8. – P. 1305–1312.
14. Dzenowagis, J. Bridging the Digital Divide in Health. Expert Meeting on free and open source software / J. Dzenowagis // UNCTAD, Geneva. – 2004. – P. 23–25. – URL: http://r0.unctad.org/ecommerce/event_docs/fossem/dzenowagis.pdf.
15. Friedland, R. New Estimates of the High Costs of Inadequate Health Literacy, in Pfizer Inc. conference proceedings report from Promoting Health Literacy: A Call to Action / R. Friedland. – New York City, 1998. – P. 6–10.
16. Hernandez, L. Measures of Health Literacy: Workshop Summary Roundtable on Health Literacy / L. Hernandez // Institute of Medicine, 2009. – P. 51–60. – URL: http://www.nap.edu/catalog/12690.
17. Higgins, C. Health Impacts of Education : a review / C. Higgins, T. Lavin, O. Metcalfe // Institute of Public Health in Ireland. – 2008. – P. 5–26.
18. Houts, P.S. Using pictographs to enhance recall of spoken medical instructions / P.S. Houts, J.T. Wit-

mer, H.E. Egeth [et al.] // Patient Education and Counseling. – 2001. – Vol. 43, № 3. – P. 231–242.
19. Jacobson, K. Strategies to Improve Communication between Pharmacy Staff and Patients: A Training Programme for Pharmacy Staff / K. Jacobson // The Agency for Healthcare Research and Quality. – 2008. – P. 1–12. – URL: http://www.ahrq.gov/qual/pharmlit/ pharmtrain.htm.
20. Kickbusch, I. Navigating Health. The Role of Health Literacy / I. Kickbusch, S. Wait, D. Maag // Alliance for Health and the Future. – London, 2008. – P. 9–16.
21. Kickbusch, I. Health Literacy: a search for new categories / I. Kickbusch // Health Promotion International. – 2002. – Vol. 17, № 1. – P. 1–2.
22. Mancuso, C.A. Impact of health literacy on longitudinal asthma outcomes / C.A. Mancuso, M. Rincon // J. Gen. Intern. Med. – 2006. – Vol. 21. – P. 813–817.
23. Mayer, R.E. Problem-solving transfer. In: Handbook of Educational Psychology. Berliner D.D, Calfee R.C., Editors / R.E. Mayer, M.C. Wittrock. – New York : Macmillan, 1996. – P. 36–41.
24. Molarius, A. Educational level, relative body weight, and changes in their association over 10 years: an international perspective from the WHO Monica Project / A. Molarius, J. C. Seidell, S. Sans [et al.] // American Journal of Public Health. – 2000. – Vol. 90. – P. 1260–1268.
25. Nussbaum, M.C. Women and Human Development. The Capabilities Approach. Press Syndicate of the University of Cambridge / M.C. Nussbaum // Cambridge, UK, 2000. – P. 6–15.
26. Perkins, D.N. Smart Schools: From Training Memories to Educating Minds / D.N. Perkins. – New York : Free Press/Macmillan, 1992. – P. 7–14.
27. Ratzan, S. Innovative Use of Mobile Phones and Related Information and Communication Technologies. In United Nations 2010. Background Paper for the Global Strategy for Women's and Children's Health: Investing in Our Common Future / S. Ratzan, D. Gilhooly // Innovations working group. – New York, 2010. – P. 27–35.
28. Ratzan, S. Health literacy: communication for the public good / S. Ratzan // Health Promotion International. – 2001. – Vol. 16, № 2. – P. 207–214.
29. Root, J. Easy to read consumer communication: A missing link in medicaid managed care / J. Root, S. Stableford // J. Health Polit., Pol. and Law. – 1999. – Vol. 24, № 1. – P. 1–26.
30. Rudd, R.E. An Overview of Medical and Public Health Literature Addressing Literacy Issues: An Annotated Bibliography / R.E. Rudd, T. Colton, R. Schacht // Report №14. – Cambridge, MA: National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, 2000. – P. 6–19.
31. Schillinger, D. Association of health literacy with diabetes outcomes / D. Schillinger, K. Grumbach, J. Piette [et al.] // JAMA. – 2002. – Vol. 288. – P. 475–482.
32. Sen, A. The Arturo Tanco Memorial Lecture, 2 August 1990, London: Public Action to Remedy Hunger / A. Sen // The Hunger Project. – 1990. – P. 6–19. – URL: http://www.thp.org:80/reports/sen/sen890.htm.
33. UNICEF, WHO, UNESCO, UNFPA, UNDP, UNAIDS, WFP and WORLD BANK. Facts for Life. New York: United Nations Children's Fund, 2002. – P. 8–27.
34. WHO. Occupational health. – 2008. – P. 5–12. – URL: http://www.who.int/occupational_health/topics/ workplace/en/index1.html.
35. Wilberforce, M. Graduate Market Trends (Prospects) / M. Wilberforce. – Sheffield : Department for Education and Skills, 2005. – P. 4–9.
36. Williams, M.V. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care / M.V. Williams, D.W. Baker, E.G. Honig [et al.] // Chest. – 1998. – Vol. 114, № 4. – P. 1008–1015.
37. Williams, M.V. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes / M.V. Williams, D.W. Baker, R.M. Parker [et al.] // Archives of Internal Medicine. – 1998. – Vol. 158, № 2. – P. 166–172.
38. Wils, A. On Accelerating the Global Literacy Transition. Research and Assessment Systems for Sustainability Programme Discussion Paper 2002-18 / A. Wils // Cambridge, MA: Environment and Natural Resources Programme, Belfer Center for Science and International Affairs, Kennedy School of Government, Harvard University. – 2002. – P. 7–11.
39. Wolf, M.S. Health literacy and functional health status among older adults / M.S. Wolf, J.A. Gazmararian, D.W. Baker // Arch Intern Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 1946–1952.

МЕДИЦИНСКАЯ ГРАМОТНОСТЬ (КОМПЕТЕНТНОСТЬ): СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, СПОСОБЫ ОЦЕНКИ, МЕТОДИКИ ПОВЫШЕНИЯ ГРАМОТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ

К. Р. АМЛАЕВ, В. Н. МУРАВЬЕВА,
А. А. КОЙЧУЕВ, Г. Ю. УТКИНА

Рассмотрена ситуация с грамотностью в вопросах здоровья. Представлены факты корреляции грамотности в здоровье с самооценкой собственного здоровья, с личными доходами, экономическим ростом, расширением прав и возможностей женщин, продолжительностью жизни. Дан обзор эффективных европейских стратегий повышения грамотности населения в вопросах здоровья.

Ключевые слова: грамотность в вопросах здоровья, оценка грамотности, технологии медицинской профилактики

HEALTH LITERACY: FACTS, EVALUATION, TECHNIQUES FOR IMPROVING PERSONAL HEALTH COMPETENCY

AMLAEV K. R., MURAVYOVA V. N.,
KOYCHUEV A. A., UTKINA G. Yu.

The evidence of correlation of health literacy with self-assessment of personal health, personal income, economic growth, empowerment of women and life expectancy were presented. A review of effective European strategies for improving health literacy was done.

Key words: health literacy, assessment of personal health literacy, medical prevention techniques

© Коллектив авторов, 2012
УДК 614.2:61.378.17:371 (470.063)

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В. О. Францева[1], М. Е. Евсевьева[1], В. В. Бруснева[2], Е. А. Иванова[1]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Городская поликлиника № 1, Ставрополь

В последнее время большое внимание уделяется вопросам формирования здорового образа жизни. О приоритетном значении этого направления социальной политики государства свидетельствуют принятые законодательные акты, прежде всего Федеральный закон «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, в статье 12 которого обозначен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья, обеспечивающийся в том числе путем разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни [10]. Кроме того, Указом Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» дано поручение обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни населения Российской Федерации [9].

Актуальность проблемы сохранения и укрепления здоровья молодежи определяется неблагоприятной демографической ситуацией в России при прогнозируемом ухудшении возрастного состава населения и низком уровне общественного здоровья [7]. Особого внимания заслуживает студенческая молодежь, составляющая стратегический потенциал государства. Деятельность обучающихся сопряжена с высокими нагрузками, что определяет необходимость учёта фактора здоровья в её организации [1].

К вузовским факторам риска, которые негативно сказываются на здоровье студентов, относятся: интенсификация образовательного процесса, нередко присутствующая стрессовая среда и, подчас, нерациональная организация учебно-воспитательной деятельности, ее несоответствие возрастным и функциональным возможностям обучающихся [5, 8]. Поэтому, создавая необходимые условия для обучения и воспитания, организуя здоровьесберегающее окружение, вуз формирует свой особый тип жизнедеятельности, который способствует не только сохранению и укреплению здоровья, но и развитию приверженности принципам здорового образа жизни [4, 11]. Необходимым условием для развития личности студента становятся инновационные педагогические подходы, позволяющие осуществить воспитание потребности в сохранении и укреплении здоровья как ценности [6].

Учитывая профессиональные задачи будущих врачей, реализация такого подхода в медицинском вузе приобретает особую значимость, поскольку у студенческого контингента необходимо не только прививать чувство ответственности за собственное здоровье, но и успешно формировать комплекс превентивных компетенций. Поэтому Ставропольская государственная медицинская академия (СтГМА), как и все медицинские вузы, нуждается в создании комплексного, системного здоровьесберегающего подхода, осуществление которого будет способствовать воспитанию здоровых, профессионально и социально активных специалистов, способных к творческому и эффективному оздоровлению окружающей среды.

Такой комплексный подход лег в основу концепции формирования здорового образа жизни СтГМА (далее – Концепции), основной идеей которой является идея формирования ценности здоровья и здорового образа жизни посредством создания здоровьесберегающей академической среды. Из этой идеи проистекает цель – формирование эффективной системы обеспечения физического, психического, социального и духовного комфорта, способствующего воспитанию гармоничной и высокоинтеллектуальной личности врача, достижению высокого уровня сознательности и ответственности всех участников образовательного процесса в формировании ценностей здорового образа жизни. Основными принципами реализации Концепции стали: комплексность, системность, целостность, принцип внутривузовской (межсекторальной) и межведомственной интеграции и координации взаимодействия.

В соответствии с основными принципами была разработана базовая модель здоровьесберегающей и здоровьеформирующей деятельности, содержащая взаимодействующие модули, каждый из которых реализует собственные задачи, а вместе они формируют целостную систему (рис. 1).

В настоящий момент можно подвести определенные итоги. В сфере здоровьесберегающей деятельности академии создана необходимая нормативно-правовая база (положения о структурных подразделениях академии, участвующих в данной деятельности; коллективный договор, предусматри-

Францева Виктория Олеговна, доктор медицинских наук, проректор по послевузовскому, дополнительному образованию и лечебной работе Ставропольской государственной медицинской академии; доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения, отличник здравоохранения; тел.: (8652)359463; e-mail: uzstav@mail.ru.

Евсевьева Мария Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии Ставропольской государственной медицинской академии; руководитель Центра студенческого здоровья; тел.: (8652)560905; e-mail: evsevieva@mail.ru.

Бруснева Валерия Владимировна, главный врач Городской поликлиники № 1, Ставрополь; тел.: (8652)753256; e-mail: muzpoliklinika1.stv@yandex.ru.

Иванова Екатерина Анатольевна, начальник отдела организации лечебной работы Ставропольской государственной медицинской академии; тел. (8652)357019; e-mail: lech_otd@stgma.ru.

вающий позиции здоровьесбережения сотрудников; приказы и распоряжения ректора по вопросам укрепления и охраны здоровья; планы проведения профилактических и оздоровительных мероприятий; планы физкультурно-массовых, информационно-агитационных мероприятий, связанных со здоровым образом жизни). В 2010–2012 гг. активно развивалась здоровьесберегающая инфраструктура. Следует особо отметить в этом плане создание и оснащение Центра студенческого здоровья, который стал ядром внутривузовского и межведомственного взаимодействия по реализации основных направлений медицинского модуля Концепции (рис. 2).

Рис. 1. Базовая модель формирования здорового образа жизни

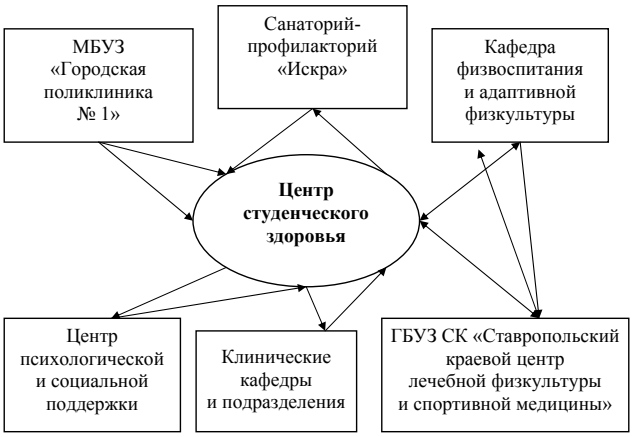


Рис. 2. Здоровьесберегающая инфраструктура Ставропольской государственной медицинской академии

Удалось организовать системную профилактическую работу, большинство направлений которой осуществляются в тесном взаимодействии Центра студенческого здоровья академии с МБУЗ «Городская поликлиника № 1». Ежегодно проводится комплексное медико-социальное обследование студентов 1 курса, которое включает медицинские осмотры бригадой специалистов МБУЗ «Городская поликлиника № 1» с последующим определением групп здоровья и диспансерного наблюдения, а также скрининговое обследование в Центре студенческого здоровья [2, 3] с определением факторов риска и проведением анонимного анкетирования по специально разработанным диагностическим картам и анкетам и последующий анализ полученного материала. Анкета включает вопросы, охватывающие различные стороны жизни респондентов, в том числе информированность о здоровом образе жизни, факторах риска, влиянии субъективных факторов на здоровье анкетируемых, отношение студентов к своему здоровью, физическим нагрузкам, занятиям спортом. Результаты проведенных ежегодных медицинских осмотров студентов 1 курса, включая виды выявленной патологии, представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Результаты осмотров в 2010–2011 гг.

Год	Кол-во осмотренных	Группы		
		первая (практически здоровые), %	вторая (имеют факторы риска), %	третья (нуждаются в амбулаторно-поликлиническом лечении), %
2010	595	58,2	18,4	23,4
2011	604	60,4	17,0	22,6

Таблица 2

Виды выявленной патологии

№ п/п	Группы заболеваний	%
1	Заболевания лор-органов	21,6
2	Ортопедо-хирургическая патология	18,0
3	Заболевания органа зрения	16,6
4	Неврологическая патология	11,3
5	Заболевания желудочно-кишечного тракта	11,1
6	Заболевания сердечно-сосудистой системы	7,9
7	Заболевания органов дыхания	4,1
8	Заболевания мочеполовой системы	2,0
9	Эндокринная патология	1,4

Необходимо отметить, что 19,6 % студентов имеют 2–3 заболевания одновременно. Обращает внимание распространенность хронических тонзиллитов и ринитов, нарушений осанки, нестабильности шейного отдела позвоночника, миопии, вегето-сосудистой дистонии. Все нуждающиеся в диспансерном наблюдении студенты II–III групп взяты на учет.

Профиль факторов риска определяет лидирующее положение гипертензии (10,5 %) и предгипертензии (17,6 %), избыточной массы тела (8,7 %) или ее дефицита (13,8 %). Анализ результатов анонимного анкетирования показал, что большинство первокурсников оценивают свое здоровье как «хорошее» (68 %) и «удовлетворительное» (31 %); информированы о здоровом образе жизни и факторах риска большинство обучающихся (82 %), однако, согласно самооценке, придерживаются здорового образа жизни меньше половины респондентов (43,1 %). Такие негативные явления, как табакокурение, употребление алкогольных напитков, согласно данным анонимного анкетирования, также имеют место у студентов 1 курса: курение отметили более 6 % опрашиваемых, алкогольные напитки употребляют 1 раз

в неделю и чаще до 4 %. Однако 100 % опрошенных выразили отрицательеное отношение к употреблению наркотиков.

Представленные данные свидетельствуют, с одной стороны, о существовании нарушений здоровья студентов, наличии у них различных факторов риска, начиная с 1 курса, а с другой – отсутствии четкой приверженности нормам здорового образа жизни, способным снизить влияние факторов негативного воздействия на здоровье. Полученные результаты подтверждают необходимость системной работы по охране здоровья обучающихся и формированию здорового образа жизни.

Результаты обследований заносятся в электронную базу здоровья студентов СтГМА, включающую на данный момент результаты более 3100 обследований. База пополняется ежегодно результатами мониторинга показателей здоровья студентов в процессе их обучения.

Для студентов с выявленной патологией или с факторами риска ее развития разрабатываются индивидуальные или групповые коррекционно-оздоровительные программы, которые включают: 1) диспансерное наблюдение в МБУЗ «Городская поликлиника № 1»; 2) оздоровление, комплекс восстановительного лечения в санатории-профилактории «Искра»; 3) занятия лечебной физкультурой; 4) консультативно-диагностические и лечебные мероприятия в клинических подразделениях академии; 5) консультирование по коррекции питания, режиму труда, учебы и отдыха, помощь в отказе от вредных привычек ведущими клиницистами академии и сотрудниками Центра студенческого здоровья; 6) консультации специалистов на клинических кафедрах академии.

Накопленный опыт показал, что эффективную коррекцию патологии и факторов риска здоровья студентов нельзя ограничивать медико-профилактической работой. Необходимо осуществление комплекса информационно-просветительских, воспитательно-образовательных и агитационно-массовых мероприятий с непосредственным вовлечением самих обучающихся. Наш опыт свидетельствует, что успеху формирования и закрепления положительных поведенческих стереотипов у студентов способствует их приобщение к подобной деятельности начиная с первого курса. В этом направлении, утверждая основным организационным принципом работы принцип «воспитание через профессию», особое внимание уделяется развитию волонтерского движения и работе отрядов милосердия. Первый профессиональный опыт студенты получают в волонтерской работе в специализированных медицинских учреждениях и при проведении акций, посвященных медицинским датам (Всемирный день больного, Всемирный день борьбы против туберкулеза, Международный день слепых, Всемирный день борьбы со СПИД и пр.). Особо следует отметить, что в академии создан собственный видеолекторий с фильмами и презентациями по вопросам здорового образа жизни, и студенты, интерны, ординаторы сами проводят лекции и тематические занятия в школах города в рамках «Недели школьной медицины», в центрах социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

Большая роль в Концепции формирования здорового образа жизни отводится образовательному модулю. Разделы и темы по здоровому образу жизни нашли отражение в учебных программах большинства дисциплин всех специальностей подготовки врача. В государственном образовательном стандарте третьего поколения в обязательной подготовке выпускника предусмотрены разделы по здоровому образу жизни, которые выражены через профессиональные компетенции и предполагают, что будущий врач должен уметь проводить профилактические, общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастных, половых особенностей, состояния здоровья, давать рекомендации по здоровому питанию, двигательным режимам и пр. Эти и другие вопросы должны найти освещение в рабочих учебных программах по 32 дисциплинам профессионального цикла. Таким образом, важность тематики здорового образа жизни обозначена федеральными государственными стандартами, поэтому нашла отражение в основном документе образовательной деятельности каждой кафедры академии – в рабочей учебной программе.

Подводя предварительные итоги реализации Концепции здорового образа жизни, следует отметить, что в академии выстраивается комплексная, системная модель здоровьесбережения, в которую вовлечены все участники образовательного процесса. Сформирована необходимая нормативно-правовая база, развивается здоровьесберегающая инфраструктура, налажена медико-профилактическая, воспитательно-образовательная, информационно-пропагандистская работа. Выявляются существенные нарушения здоровья первокурсников, более 40 % из которых нельзя отнести к практически здоровому контингенту и которые уже в первые месяцы учебы нуждаются в медицинском обследовании, лечении, диспансерном наблюдении. Поэтому так важна постоянная, системная оздоровительная работа, повышение мотивации к формированию навыков здорового образа жизни и осознанию ценности своего здоровья.

Только вовлеченность в эту работу всех структур, подразделений медицинского вуза, его сотрудников и обучающихся позволит создать здоровьесберегающую академическую среду, которая обеспечит не только охрану здоровья всех участников образовательного процесса, но и сформирует необходимое здоровьеориентированное мышление и профессиональные компетенции будущего специалиста-медика.

Литература

1. Агаджанян, Н.А. Здоровье студентов: стресс, адаптация, спорт / Н.А. Агаджанян. – Владимир, 2004. – 136 с.
2. Евсевьева, М.Е. Подходы к оценке сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста / М.Е. Евсевьева, А.Р. Джанибекова, М.В. Еремин [и др.] // Профилактическая медицина. – 2011. – № 5. – С. 7–11.
3. Евсевьева, М.Е. Суточный профиль АД и факторы сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста / М.Е. Евсевьева, О.В. Сергеева, Г.П. Никулина, М.В. Ростовцева, Н.В. Орехова // Кардиоваск. терапия и профил. – 2008. – № 7. – С. 30–35.
4. Есауленко, И.Э. Организация и развитие академических центров здоровья студентов. Всероссийская научная конференция «Здоровье нации – основа процветания России» / И.Э. Есауленко, А.А. Зуйкова, Т.Н. Петрова. – М., 2011. – С. 20–23.

5. Ефимова, И.В. Психофизиологические основы здоровья студентов / И.В. Ефимова, Е.В. Будыко, Р.Ф. Проходовская. – Иркутск, 2003. – 124 с.
6. Косовский, Г.В. Основные тенденции заболеваемости по обращаемости среди студентов вузов. Проблемы управления здравоохранением / Г.В. Косовский // Москва. – 2006. – № 1. – С. 52–56.
7. Невзоров, А.А. Научные подходы к совершенствованию организации профилактической работы среди учащейся молодежи : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Невзоров. – М., 2010. – С. 2–3.
8. Розенфельд, Л.Г. Здоровье студентов по данным субъективной оценки и факторы риска, влияющие на него / Л.Г. Розенфельд, С.А. Батрымбетова // Здравоохранение РФ. – М., 2008. – № 4. – С. 38–39.
9. Указ Президента РФ от 7 мая 2012 г. «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
10. Федеральный закон «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. ст. 12.
11. Evsevieva, M.E. About varied aspects of the complexed work of the centre of student`s health in Stavropol on the Caucasus / M.E. Evsevieva, V.N. Muravieva, V.O. Frantceva // Russia «eusuhm congress – 2011» / Education and health from childhood to adult life. – M., 2011. – P. 17–18.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

В. О. ФРАНЦЕВА, М. Е. ЕВСЕВЬЕВА, В. В. БРУСНЕВА, Е. А. ИВАНОВА

Представлен опыт Ставропольской государственной медицинской академии в разработке и реализации Концепции формирования здорового образа жизни. Создана эффективная система здоровьесбережения, включающая медицинский, образовательный, научно-методический, информационно-воспитательный аспекты взаимодействия, направленные на сохранение здоровья и обучение здоровому образу жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, факторы риска, Центр студенческого здоровья

AN EXPERIENCE OF STAVROPOL STATE MEDICAL ACADEMY IN FORMING HELTH SAVING SYSTEM

FRANTSEVA V. O., EVSEVIEVA M. E., BRUSNEVA V. V., IVANOVA E. A.

The article represents the experience of Stavropol State Medical Academy in working out and realization of healthy lifestyle forming concept. An effective health saving system was created in the Academy. It includes medical, educational, scientific, informational and other aspects of cooperation which are aimed at health-keeping and healthy lifestyle training.

Key words: healthy lifestyle, risk factors, Centre of student's health

© М. М. Корянова, А. Б. Овсиенко, 2012
УДК 618.145-007.415:615.838

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

М. М. Корянова, А. Б. Овсиенко
Государственный научно-исследовательский институт курортологии, Пятигорск

В большинстве случаев у больных генитальным эндометриозом встречается патология позвоночного столба, причем практически у всех женщин имеется сколиоз позвоночника, наблюдается вовлечение в патологический процесс поясничного или пояснично-крестцового отделов. Частично это обусловлено общностью кровоснабжения, синхронностью трофических процессов в позвоночнике (особенно его пояснично-крестцовом отделе) и внутренних половых органах. У женщин деформирующие изменения в межпозвонковых суставах обычно выражены более значительно, чем у мужчин, и при отсутствии лечения чаще заканчиваются синостозом [1, 2, 3]. Одновременное воздействие на патологические процессы в гениталиях и позвоночнике может оказаться весьма перспективным в реабилитации этой категории больных.

Цель исследования – разработка комплексной реабилитации женщин с сочетанным поражением половых органов и опорно-двигательного аппарата.

Материал и методы. Наблюдались 92 больные, страдающие генитальным эндометриозом (ГЭ), сопровождающимся сколиозом позвоночника. Женщины были разделены на три группы. Пациентки контрольной группы (31 чел.) получали санаторно-курортное лечение: радоновые процедуры в виде ванн, гинекологических орошений и микроклизм температурой 36 °С с экспозицией каждой процедуры 15 минут – 40 или 180 нКи/л, на курс 10–12 про-

Корянова Марина Михайловна, кандидат медицинских наук, врач-ортопед
Пятигорской клиники Пятигорского ПГНИИК ФМБА России; тел.: 89197457775

Овсиенко Анна Борисовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая гинекологическим отделением
Пятигорской клиники Пятигорского ПГНИИК ФМБА России; тел.: 89054601882; e-mail: an.ovs@yandex.ru

цедур. В комплексном лечении назначалась лазеротерапия (ЛТ) в ауторезонансном режиме (АРР) на гинекологические зоны.

Пациенткам второй группы (32 больные), помимо радоновых процедур и ЛТ в АРР, проводился комплекс ЛФК по разработанной нами методике. После санаторно-курортного лечения больным первой и второй групп в течение 12 месяцев дополнительные реабилитационные мероприятия не проводились.

В третьей группе (29 больных), помимо радоновых процедур и ЛТ в АРР, также проводился комплекс ЛФК по специально разработанной методике. После санаторно-курортного лечения больные третьей группы в течение первых 6 месяцев продолжали занятия ЛФК.

Полученные данные обработаны с использованием пакета статистического анализа в программе «Excel 5.0».

Результаты и обсуждение. После комплексного санаторно-курортного лечения во всех группах отмечалось значительное улучшение состояния больных: уменьшение болей в нижней части живота, уменьшение размеров очагов поражения при бимануальном, пальпаторном и ультразвуковом исследованиях. Размеры матки уменьшились во всех трех группах, составив в первой группе 169,4±22,3 см^3, во второй 172,5±32,7 см^3, в третьей группе – 171,4±29,6 см^3. Уменьшение объема тела матки от исходного значения произошло в первой группе на 42,8 %, во второй группе на 41,7 % и в третьей группе – на 42,1 %. Отмечалось уменьшение угла отклонения матки от центральной оси у всех женщин во второй и третьей группах. У пациенток первой группы смещение тела матки сохранялось.

Все пациентки отмечали полное исчезновение болей в позвоночнике как вне двигательной активности, так и при движениях, у них полностью исчезли признаки утомляемости в позвоночнике, нарушений чувствительности в нижних конечностях. Отмечалось увеличение подвижности в позвоночнике. При клиническом нейроортопедическом обследовании у всех больных показатели улучшались: исчезала паравертебральная болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, восстанавливалась физиологическая подвижность в позвоночных двигательных сегментах при функциональных пробах.

При электромиографии (ЭМГ) у всех больных нормализовалось состояние корешков спинного мозга (уменьшались ишемия и угнетение функции корешков) за счет улучшения трофических процессов и противовоспалительного действия радонотерапии. Однако асимметрия показателей, снятых с нижних конечностей, у больных первой группы сохранялась. Во второй и третьей группах, помимо нормализации состояния корешков спинного мозга, уменьшалась асимметрия показателей, снятых с нижних конечностей.

После рентгенологического исследования у 35 % женщин установлена II степень, а у остальных 65 % – I степень сколиоза. У всех больных выявлялись признаки остеохондроза: наличие межпозвоночных остеофитов, изменения межпозвоночного диска (в том числе проседание и ассиметрия). По данным компьютерной томографии (КТ) у всех пациенток определялись изменения позвоночника в пояснично-крестцовом отделе с оценкой дегенеративных изменений, наличия грыж и протрузий. Определялись грыжи дисков позвоночника на фоне протрузии у 15 % больных, протрузии дисков позвоночника у 83 %, грыжи Шморля у 22 %, проявления спондилеза и спондилоартроза были выявлены у всех пациенток. Отмечались дегенеративные изменения дисков, изменения замыкательных пластин тел позвонков в виде склерозирования с костными разрастаниями.

Клиническая ремиссия в первой группе составила 11-12 месяцев, во второй группе – до 13–14 месяцев, а в третьей – до 18 месяцев.

У пациенток первой (контрольной) группы через 12 месяцев после санаторно-курортного лечения клиническое состояние, данные осмотра и пальпации, ультразвукового исследования гениталий оставались без изменений по сравнению с состоянием после курсовой терапии. Размеры пораженной эндометриозом матки по данным бимануального исследования уменьшились по сравнению с исходными и размерами после курсовой терапии. При гинекологическом исследовании и УЗИ гениталий угол отклонения матки от центральной оси сохранялся без изменений, отмечено улучшение структуры миометрия (уменьшение количества эхопозитивных полиморфных включений, более ровные и несколько размытые контуры у включений, уменьшение размеров исходно увеличенного тела матки). Объем тела матки в отдаленном периоде составил в среднем 174,7±19,2 см^3, что свидетельствовало об уменьшении объема на 41 % от исходного значения. Сохранялось патологическое смещение тела матки у всех больных.

Все пациентки отмечали возобновление болей в позвоночнике как вне двигательной активности, так и при движениях, появление признаков утомляемости в позвоночнике, нарушений чувствительности в нижних конечностях. Снижалась подвижность в позвоночнике, у всех больных возобновлялась пальпаторно определяемая паравертебральная болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, снижалась физиологическая подвижность в позвоночных двигательных сегментах при функциональных пробах.

По данным ЭМГ у всех больных возобновлялась ишемия, угнетение функции спинно-мозговых корешков в связи с ухудшением трофических процессов. Асимметрия показателей, снятых с нижних конечностей, сохранялась.

Признаки остеохондроза по данным КТ и рентгенографии были стабильными.

Женщины второй группы в связи с отсутствием ухудшения состояния поступали на повторное лечение не ранее чем через 14–16 месяцев. Их клиническое состояние и данные объективных исследований были стабильны. Боли в животе практически отсутствовали. При бимануальном исследовании болезненность тела матки не наблюдалась, размеры матки сохранялись уменьшенными – без значительных изменений, отмечалось увеличение угла отклонения матки от центральной оси в сравнении с показателем после санаторно-курортного лечения. При ультразвуковом исследовании отмечено улучшение структуры миометрия (уменьшение количества эхопозитивных полиморфных включений, более ровные их контуры). Объем тела матки составил в среднем 172,4±34,5 см^3, что свидетельствовало об уменьшении на 41,8 % от исходного значения.

Все пациентки отмечали уменьшение болей в позвоночнике, только периодически появлялись признаки утомляемости, нарушения чувствительности в нижних конечностях. Отмечалось некоторое снижение подвижности в позвоночнике в сравнении с состоянием после курсовой терапии. Показатели клинического нейроортопедического обследования у всех больных были лучше, чем исходные, но несколько ухудшались по сравнению с таковыми после курсовой терапии. Выявлялось ограничение физиологической подвижности в позвоночных двигательных сегментах при функциональных пробах. При ЭМГ у всех больных ухудшалось состояние корешков спинного мозга (нарастали ишемия и угнетение функции спино-мозговых корешков). Асимметрия показателей, снятых с нижних конечностей, возобновлялась. По данным рентгенографии и КТ позвоночника динамика отсутствовала.

Женщины из третьей группы в связи с отсутствием ухудшения состояния поступали на повторное лечение не ранее чем через 1,5 года (18 мес.), демонстрируя не только стабилизацию состояния, но и пролонгирование положительной динамики клинического статуса и данных объективных исследований. Боли в нижней части живота отсутствовали у всех больных, отсутствовала наблюдаемая ранее болезненность тела матки, размеры её тела в сравнении с таковыми после санаторно-курортного лечения не изменялись. Отмечено улучшение структуры миометрия (уменьшение количества эхопозитивных полиморфных включений, более ровные их контуры). Объем тела матки составил в среднем 167,3±23,4 см^3, уменьшившись на 44,5 % от исходного значения.

Все пациентки отмечали отсутствие болей в позвоночнике, признаков утомляемости, нарушений чувствительности в нижних конечностях (85 %). Во всех случаях отмечалось увеличение подвижности в позвоночнике, не определялась паравертебральная болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, восстанавливалась физиологическая подвижность в позвоночных двигательных сегментах при функциональных пробах.

По результатам ЭМГ у всех больных сохранялось нормальное состояние корешков спинного мозга, уменьшение асимметрии показателей, снятых с нижних конечностей.

У всех больных третьей группы отмечалось уменьшение угла отклонения от оси на 3–5°, значительно уменьшались проявления спондилеза, спондилоартроза, артроза дугоотростчатых суставов, протрузии дисков позвоночника, грыжи дисков позвоночника на фоне протрузии. Дегенеративные изменения дисков, изменения замыкательных пластин тел позвонков оставались без динамики у всех больных.

Заключение. Таким образом, в лечении женщин, страдающих генитальным эндометриозом с сопутствующим сколиозом позвоночника, важное значение имеет комплексная терапия, включающая помимо радонотерапии и лазеротерапии в ауторезонансном режиме лечебную физкультуру для коррекции состояния позвоночника, мышц тазового дна и нижних конечностей, что способствует удлинению ремиссии, улучшению клинического статуса и данных объективного обследования. Пролонгированные (до полугода) занятия лечебной физкультурой улучшают тонус мягких тканей (мышцы, связки), что, по-видимому, способствует улучшению трофических процессов как в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, так и внутренних половых органах. Это определяет уменьшение проявлений остеохондроза и тенденцию к уменьшению проявлений сколиоза позвоночника. Улучшение состояния позвоночника благотворно влияет на состояние внутренних половых органов, способствует стабилизации и положительным изменениям со стороны гениталий.

Литература

1. Ляндрес, З.А. Оперативное лечение сколиозов у детей / З.А. Ляндрес, Л.К. Закревский. – М. : Медицина, 1967. – 132 с.
2. Мовшович, И. А. Сколиоз – хирургическая анатомия и патогенез / И. А. Мовшович. – М. : Медицина, 1964. – 164 с.
3. Чаклин, В.Д. Сколиоз и кифозы / В.Д. Чаклин, Е.А. Абальмасова. – М. : Медицина, 1973. – 231 с.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ЖЕНЩИН С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ПОЗВОНОЧНИКА

М. М. КОРЯНОВА, А. Б. ОВСИЕНКО

Предложена комплексная реабилитация больных с сочетанными поражениями половых органов и опорно-двигательного аппарата. В трех группах пациентов с генитальным эндометриозом, сопровождающимся сколиозом, применялись три варианта лечения. Во всех группах использовались радонотерапия и лазеротерапия в ауторезонансном режиме, во второй и третьей группах – дополнительно ЛФК по специально разработанной методике: во второй группе как однократный курс, в третьей – в течение 6 месяцев после терапии. Лучшие непосредственные и отдаленные результаты наблюдались при включении в терапевтический комплекс ЛФК, особенно при пролонгировании курсов лечебной физкультуры.

Ключевые слова: генитальный эндометриоз, сколиоз, радонотерапия, лазеротерапия, лечебная физкультура

REHABILITATION OF WOMEN WITH THE COMBINED PATHOLOGY OF INTERNAL GENITALS AND A BACKBONE

KORJANOVA M. M., OVSIENKO A. B.

Complex rehabilitation of patients with combined disorders of genital and locomotive systems was worked out. In three groups of patients with genital endometriosis accompanied by scoliosis three variants of treatment were applied: 1) radonotheraphy and laser therapy in autoresonant regimen; 2) the short course of special exercise therapy; 3) 6 months course of special exercise therapy. The best close and long-term results were observed in the second and especially in the third groups of patients.

Key words: genital endometriosis, scoliosis, radonotheraphy, laser therapy, medical gymnastics

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.9:618.1:576.852.2

АНАЛИЗ РОЛИ *UREAPLASMA UREALYTICUM* В СТРУКТУРЕ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

В. А. Батурин[1], Е. В. Щетинин[1], Е. Г. Нередько[2], И. Ф. Демиденко[3], Т. А. Савченко[4]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Ставропольский краевой клинический перинатальный центр
[3]Центр клинической фармакологии и фармакотерапии
[4]Краевая детская клиническая больница, Ставрополь

Урогенитальный микоплазмоз широко распространен среди разных групп населения. По сводным данным [5], уреаплазмы могут быть обнаружены у 80 % женщин с симптомами генитальной инфекции и у 51 % женщин с нарушениями репродуктивной функции. При этом в ходе родов может происходить инфицирование ребенка от матери. Действительно, сегодня существенную роль в структуре интранатальных инфекций отводят *Ureaplasma urealyticum* [4, 6].

Материал и методы. С 2005 по 2011 год обследовано 496 новорожденных, переведенных из родильных домов в отделение реанимации и интенсивной терапии Краевой детской клинической больницы на 2–5 день жизни с проявлениями тяжелой патологии дыхательной системы и требующих респираторной поддержки. Все новорожденные были интубированы и в первые сутки осуществлялся забор содержимого бронхиального дерева после бронхо-альвеолярного лаважа для изучения возможного состава возбудителей инфекционной природы. Микробиологическую диагностику производили в соответствии с установленными требованиями [2, 3]. С помощью диагностических тест-систем (НПО Иммунотэкс, Россия) выявляли жизнеспособные формы *Ureaplasma urealyticum,* определяли их чувствительность к широкому спектру противомикробных препаратов [1]. Параллельно осуществляли мониторинг носительства уреаплазм у беременных в женских консультациях путем исследования мазков из цервикального канала и уретры с выделением различных форм урогентальных микоплазм (*M. hominis, U. urealyticum, M. genitalium*) и определением их чувствительности к противомикробным средствам.

Батурин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352524

Щетинин Евгений Вячеславович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой патологической физиологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352389, 89624016336; e-mail: ev.cliph@rambler.ru

Нередько Елена Генриховна, начальник отдела медицинских проблем материнства и детства министерства здравоохранения Ставропольского края; тел.: (8652)265753; e-mail: ovn@mz26.ru

Демиденко Инна Федоровна, заведующая бактериологической лабораторией ООО «Центр клинической фармакологии и фармакотерапии»; тел.: (8652)947231; e-mail: demide-inna@yandex.ru

Савченко Татьяна Александровна, врач-клинический фармаколог краевой детской клинической больницы, Ставрополь; тел.: 89280114050; e-mail: savchenko555@mail.ru

Результаты и обсуждение. Все поступившие в отделение реанимации новорожденные имели в анамнезе не менее 4 эпизодов приёма антибактериальных препаратов. Всем детям в родильных домах были назначены беталактамные антибиотики, причем в половине случаев – в комбинации с аминогликозидными препаратами (тобрамицин, амикацин). Бактериологическая диагностика бронхиального содержимого не выявила микроорганизмов в первые сутки пребывания в отделении реанимации у 64,1 % новорожденных. В остальных случаях обнаружены пиогенные стрептококки, различные представители *Enterobacteriaceae* spp., а у 17 детей (3,4 %) – уреаплазмы. Интересным можно считать тот факт, что у 10 таких новорожденных выявлены только *Ureaplasma urealyticum,* а у 4 из них тяжелый респираторный синдром протекал на фоне пневмоторакса.

Учитывая интранатальный характер инфицирования новорожденных, проведен анализ носительства урогенитальных микоплазм у беременных. Исследование позволило оценить уровень резистентности *Ureaplasma urealyticum* к противомикробным средствам. За шесть лет проведен анализ по 217 штаммам *Ureaplasma urealyticum.* Наиболее эффективными в отношении уреаплазм остаются только препараты тетрациклинового ряда, более 90 % выделенных штаммов чувствительны к доксициклину и тетрациклину. К различным макролидным препаратам выявлено от 17,1 % до 19,4 % резистентных микоплазм. Вместе с тем наиболее активным препаратом остается кларитромицин – выделено 81,6 % чувствительных к препарату уреаплазм, в то время как эритромицин оказался активным в отношении 56,7 %, а азитромицин – 62,2 % штаммов *Ureaplasma urealyticum.* Малоэффективным в отношении уреаплазм остается ципрофлоксацин, более 50 % штаммов были резистентны к препарату. Вместе с тем к офлоксацину сохраняет чувствительность 34,6 % уреаплазм.

Таким образом, интранатальные инфекции, манифестирующие в первые сутки жизни новорожденных, могут быть, среди прочего, обусловлены *Ureaplasma urealyticum.* Это обстоятельство требует обязательного использования методов выявления данных микроорганизмов. Кроме того, установленный уровень чувствительности уреаплазм к макролидным антибиотикам и фторхинолонам и невозможность применения у новорожденных тетрациклинов предполагают мониторинг резистентности выделенных штаммов *Ureaplasma urealyticum* с индивидуализацией терапии в отделениях реанимации.

Выводы

1. При выявлении в первые сутки жизни тяжелой формы респираторной патологии у новорожденных необходимо совместно с классическими методами бактериологической диагностики

использовать различные методы выделения *Ureaplasma urealyticum.*

2. Для индивидуализации терапии новорожденных необходимо определять чувствительность уреаплазм к различным макролидам.

Литература

1. Батурин, В.А. Микробиологические и фармакоэпидемиологические аспекты антибиотикотерапии при микоплазмозах / В.А. Батурин, Е.В. Щетинин, С.А. Ерофеев, И.Ф. Демиденко, М.В. Батурина // Биомедицина. – 2008. – № 2. – С. 73–77.
2. Зубков, М.Н. Сбор, транспортировка биологического материала и трактовка результатов микробиологических исследований / М.Н. Зубков // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – № 2. – С. 143–154.
3. Определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам (Методические указания МУК 4.2.1890-04) // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2004. – № 4. – С. 306–357.
4. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XII. – М. : «Эхо», 2011. – 956 с.
5. Чеботарев, В.В. Инфекции, передаваемые половым путем / В.В. Чеботарев. – Ставрополь, 2005. – 71 с.
6. Current Pediatric Diagnosis & Treatment, 17th Edition / Eds by W.W. Hay, M.J. Levin, J.M. Sondheimer, R.R. Deterding. – 2005. – 429 p.

АНАЛИЗ РОЛИ *UREAPLASMA UREALYTICUM* В СТРУКТУРЕ ИНТРАНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

В. А. БАТУРИН, Е. В. ЩЕТИНИН, Е. Г. НЕРЕДЬКО, И. Ф. ДЕМИДЕНКО, Т. А. САВЧЕНКО

Ключевые слова: *Ureaplasma urealyticum,* резистентность, интранатальные инфекции

THE ROLE OF UREAPLASMA UREALYTICUM IN INTRANATAL INFECTIONS

BATURIN V. A., SHCHETININ E. V., NERED'KO E. G., DEMIDENKO I. F., SAVCHENKO T. A.

Key words: *Ureaplasma urealyticum*, resistance, intranatal infections

© Коллектив авторов, 2012
УДК (312):611.08:611.121

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА СЕРДЦА

О. Ю. Лежнина, А. А. Коробкеев, И. И. Федько
Ставропольская государственная медицинская академия

Статистика подтверждает, что сердечно-сосудистые заболевания, в основном ишемическая болезнь сердца, являются основной причиной смертности в большинстве стран мира. Распространенность ишемической болезни сердца в России составляет среди всего населения 13,5±0,1 % и увеличивается с возрастом, составляя более 50 % среди населения старше 70 лет [5]. Сосуды сердца человека являются объектом многочисленных исследований [1–3], однако ряд вопросов все еще остался нерешенным.

Цель исследования: определить морфометрические особенности организации субэпикардиального артериального и венозного русел сердца людей пожилого возраста при правовенечном варианте ветвления венечных артерий и варианте распределения вен с преобладанием системы средней вены сердца.

Материал и методы. Изучение 15 сердец людей пожилого возраста осуществлялось комплексно с использованием анатомических, рентгенологических, гистологических и морфометрических методов. Измерение длины сосудов, их внутреннего и наружного диаметров, площади сечения проводилось с использованием специальной компьютерной программы (ВидеоТест-Морфология, 5,0). Применение современного компьютерного и математического моделирования позволило разработать оптимальные морфоматематические модели коронарных артерий и вен сердца, а также соответствующие им графики изменения морфофункциональных параметров сосудистого русла людей пожилого возраста.

Статистическая обработка результатов исследования проведена вариационно-статистическим методом в программе «Statistica 6,0» [4].

Результаты и обсуждение. На протяжении передней межжелудочковой борозды установлены морфофункциональные особенности участков разветвления передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой венечной артерии и уровней слияния притоков большой вены сердца.

Субэпикардиальный отдел ПМЖВ образует на большинстве исследованных сердец 4±1 генерации. Sсеч. начального отдела основного ствола ПМЖВ составляет 15,2±1,6 мм^2, несколько снижается до 11,9±1,4 мм^2 при разделении на производные. Общая площадь сечения «дочерних» ветвей I уровня деления снижается, составляя соответственно 9,07±0,41 мм^2 и 0,95±0,07 мм^2. Длина основного ствола не превышает 28,7±1,9 мм. Конечный отдел левой «дочерней» ветви погружается в миокард через 36,4±1,5 мм. На передней поверхности левого желудочка Sсеч. конечного отдела основного ствола II уровня деления ПМЖВ длиною 3,8±0,2 мм со-

Лежнина Оксана Юрьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры анатомии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)353229; e-mail: okliz26@mail.ru.

Коробкеев Александр Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анатомии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)353229; e-mail: Korobkeev@Stgma.ru.

Федько Илья Игоревич, соискатель кафедры анатомии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)353229; e-mail: phedkoi@mail.ru

составляет 11,3±0,7 мм^2. Однако суммарная Sсеч. его производных возрастает до 12,8±1,3 мм^2. Конечный отдел правой «дочерней» ветви через 54,6±1,4 мм в средней трети передней межжелудочковой борозды погружается в миокард. Sсеч. конечного отдела основного ствола III уровня деления ПМЖВ уменьшается до 5,7±0,4 мм^2, достигая длины 33,6±2,1 мм. При этом общая Sсеч. «дочерних» ветвей возрастает в 1,52 раза, составляя соответственно 4,9±0,3 мм^2 и 3,8±0,2 мм^2. Левая «дочерняя» ветвь, достигая длины 60,6±3,6 мм, не дает субэпикардиальных ветвей и погружается в миокард. Перед IV уровнем деления ПМЖВ Sсеч. конечного отдела основного ствола снижается до 4,2±0,3 мм^2, однако суммарная площадь сечения производных достигает 3,6±0,2 мм^2, составляя соответственно 1,3±0,1 мм^2 и 2,3±0,1 мм^2. При этом его длина не превышает 29,2±0,3 мм. Не отдавая субэпикардиальных ветвей, конечные отделы правой и левой «дочерних» ветвей на передней стенке левого желудочка через 24,4±1,2 мм и 40,3±2,0 мм соответственно проникают в миокард.

Исследование показало, что на грудино-реберной поверхности сердца субэпикардиальный отдел большой вены сердца включает 3±1 уровня слияния (УС). I УС формируется в результате соединения правого (ПП) и левого притоков (ЛП) I УС. Sсеч. ПП I УС, длиною 4,0±0,1 мм, увеличивается от начального отдела к конечному от 0,20±0,06 мм^2 до 0,40±0,09 мм^2. Sсеч. начального и конечного отделов ЛП, длиною 8,0±0,1 мм, составляет 0,85±0,08 мм^2. II УС образован слиянием его ПП и ЛП. У места выхода из миокарда Sсеч. ПП, длиною 10,0±1,0 мм, составляет 0,98±0,08 мм^2, увеличиваясь по направлению к конечному до 1,33±0,12 мм^2. Длина ЛП в большинстве наблюдений не превышает 18,0±1,5 мм, его Sсеч. от начального до конечного отдела не меняется, составляя 0,75±0,05 мм^2. После II УС формируется основной ствол, являющийся ПП III УС. Значение Sсеч. от начального до конечного отдела ПП III УС незначительно увеличивается от 2,27±0,15 мм^2 до 2,69±0,17 мм^2, при этом длина его не превышает 15,0±1,0 мм. Sсеч. начального отдела ЛП, длиною 22,0±1,8 мм, равна 1,21±0,11 мм^2. В конечном отделе данный показатель увеличивается до 2,29±0,18 мм^2. Перед впадением в венечный синус Sсеч. большой вены сердца увеличивается до 10,3±0,1 мм^2, а длина достигает 20,0±1,5 мм.

Исследование особенностей структурно-функциональной организации сосудистого русла сердца на протяжении задней межжелудочковой борозды выявило особенности ангиоархитектоники задней межжелудочковой ветви правой венечной артерии (ПВА) и средней вены сердца.

Sсеч. конечного отдела основного ствола уровня деления ПВА на огибающую часть ПВА и заднюю межжелудочковую ветвь снижается по сравнению с Sсеч. его начального отдела в 1,23 раза, достигая длины 41,9±1,4 мм. Общая Sсеч. его производных увеличивается до 18,28±1,24 мм^2, составляя соответственно 7,54±0,2 мм^2 и 10,74±1,2 мм^2. Sсеч. конечного отдела основного ствола последующего уровня деления задней межжелудочковой ветви, длиною 8,6±0,5 мм, составляет 8,56±0,31 мм^2. Общая Sсеч. «дочерних» ветвей увеличивается до 13,6±1,21 мм^2, составляя соответственно 11,33±1,12 мм^2 и 2,27±0,71 мм^2. Левая и правая «дочерние» ветви длиною соответственно, 18,9±1,8 мм и 69,7±2,4 мм, на протяжении задней межжелудочковой борозды погружаются в миокард.

Субэпикардиальный отдел средней вены сердца включает 2±1 уровня слияния на диафрагмальной поверхности органа. I УС формируется в результате слияния ЛП и ПП. Sсеч. ЛП I УС, длиною 5,0±0,1 мм, увеличиваются от начального отдела к конечному от 1,21±0,11 мм^2 до 1,89±0,12 мм^2. Sсеч. начального отдела ПП I УС, длиною 14,0±1,0 мм, составляет 1,86±0,13 мм^2, а в конечном отделе не превышает 2,24±0,18 мм^2. II УС образован слиянием ЛП и ПП. Sсеч. начального отдела ПП II УС, длиною 58,0±3,5 мм, увеличивается по направлению к конечному, составляя, соответственно, 4,56±0,31 мм^2 и 18,85±1,52 мм^2. Sсеч. начального отдела ЛП II УС, длиною 10,0±1,0 мм, составляет 0,37±0,11 мм^2, а в конечном отделе не превышает 0,41±0,25 мм^2. Sсеч. начального отдела основного ствола средней вены сердца, длиною 10,0±1,1 мм, составляет 18,2±1,5 мм^2; по направлению к месту впадения в венечных синус данный показатель снижается до 17,3±1,2 мм^2.

Заключение. Представленная структурно-функциональная организация субэпикардиального артериального и венозного русел сердца характеризует особенности васкуляризации грудино-реберной и диафрагмальной поверхности органа у людей пожилого возраста при правовенечном варианте ветвления венечных артерий и варианте распределения вен с преобладанием системы средней вены сердца.

Литература

1. Алиев, В.И. Сосудистое русло межжелудочковой перегородки сердца при различных типах его кровоснабжения : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Алиев В.И. – Оренбург, 2010. – 23 с.
2. Коробкеев, А.А. Морфофункциональные параметры кровеносного русла сердца у людей первого и второго периодов зрелого возраста / А.А. Коробкеев, О.Ю. Лежнина, М.А. Басаков [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 10. – С. 509–512.
3. Лежнина, О.Ю. Морфофункциональная организация коронарного русла сердца при инфаркте миокарда по данным прижизненной коронароангиографии / О.Ю. Лежнина, А.А. Коробкеев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – Т. 27, № 3. – С. 8–11.
4. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2006. – 312 с.
5. Шальнова, С.А. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинико-эпидемиологических исследований) / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Терапевтический архив. – 2011. – Т. 83, № 1. – С. 7–12.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА СЕРДЦА

О. Ю. ЛЕЖНИНА, А. А. КОРОБКЕЕВ, И. И. ФЕДЬКО

Ключевые слова: венечные артерии, вены сердца, морфофункциональные показатели, пожилой возраст

MORPHOMETRIC FEATURES OF SUBEPICARDIAL CORONARY VASCULATURE

KOROBKEEV A. A., LEZHNINA O. Yu., FEDKO I. I.

Key words: coronary arteries, heart veins, morphofunctional indicators, elderly age

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.34-089.28:616-08-06

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

А. В. Скрыль[1], М. Р. Мрикаева[2], Е. А. Печерских[1]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Северо-Осетинская государственная медицинская академия

В отечественной стоматологии зубосохраняющему подходу всегда придавалось большое значение [3]. Одной из основных его задач является восстановление разрушенных зубов после эндодонтического лечения перед предстоящим протезированием, при котором не только замещается дефект зубного ряда, но и существует реальная возможность предупредить дальнейшее разрушение зубов [1]. Несмотря на быстрые темпы развития современной стоматологии в ряде клинических ситуаций при оценке результатов проведенного ортопедического лечения выявляются различные ошибки, допущенные врачами при протезировании пациентов с дефектами коронковой части зуба и зубных рядов [1, 2, 4].

Целью работы было провести анализ наиболее часто встречающихся ошибок и осложнений при ортопедическом лечении дефектов коронок зубов с применением штифтовых конструкций зубных протезов.

Материал и методы. Полученные данные основаны на результатах многоуровнего исследования, включавшего комплексное ретроспективное обследование 1197 пациентов в возрасте 19–69 лет, а также проспективное исследование 45 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет с диагнозом дефекта или полного отсутствия коронковой части зуба. Из исследования исключались пациенты, которым искусственные коронки были укреплены на депульпированных зубах без применения внутрикорневого штифта.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного ретроспективного анализа результатов протезирования был выявлен ряд типичных осложнений после применения штифтовых конструкций зубных протезов. Эти осложнения возникали в период от нескольких дней до нескольких лет после завершения лечения. Предпринята попытка систематизации вероятных ошибок, допускаемых при восстановлении тотальных и субтотальных дефектов коронки зуба с применением штифтовых конструкций. Эти ошибки условно можно разделить на две большие группы: 1) ошибки, связанные с использованием корней зубов, заведомо не пригодных для опоры штифтовой конструкции; 2) ошибки, связанные с неправильной оперативной техникой при изготовлении штифтовой конструкции. Серьезная ошибка, которую могут совершить врачи на начальном этапе при проведении ортопедического лечения с применением штифтовой конструкции, – это перфорация корня. Если врач не заметил эту ошибку или в надежде на репаративные процессы сознательно укрепил штифтовую конструкцию в перфорированном корне, то в ближайшее время может развиться острое воспаление в тканях маргинального или верхушечного периодонта. Перфорация корня также является провоцирующим фактором последующего перелома корня.

При анализе результатов исследования мы обратили внимание, что наиболее частой причиной повторного обращения за ортопедической помощью у пациентов основной группы явилось нарушение фиксации штифтовой конструкции. Наши клинические наблюдения показали, что длина внутрикорневого штифта расцементировавшихся штифтовых конструкций была менее S длины корня. Одним из самых грозных осложнений ортопедического лечения с применением штифтовых конструкций является вертикальный или горизонтальный перелом корня зуба. При объективном обследовании выявлялась подвижность штифтовой конструкции или полное выпадение несъемного протеза. На рентгенограмме при этом обычно отчетливо видно нарушение целостности корня.

Заключение. В ходе проведенного исследования было обнаружено 30,86 % неудовлетворительных результатов ортопедического лечения дефектов коронковой части зуба с применением штифтовых конструкций. Наиболее часто встречающимися из них являются нарушение фиксации штифтовой конструкции (24,51 %), перелом реставрационного материала (14,71 %), нарушение фиксации искусственной коронки, покрывающей штифтовую конструкцию (17,65 %), перфорация стенки корня зуба или области фуркации (16,67 %). Рассмотренные виды ошибок могут приводить как к обратимым, так и необратимым клиническим осложнениям.

Литература

1. Брагин, Е.А. Основы микропротезирования. Штифтовые конструкции зубных протезов, вкладки, виниры, искусственные коронки, декоративные зубные накладки / Е.А. Брагин, А.В. Скрыль. – М. : ООО «Медицинская пресса», 2009. – 508 с.
2. Онопа, Е.Н. Структурная характеристика клинических ошибок и осложнений при реставрации дефектов твердых тканей зубов штифтовыми конструкциями / Е.Н. Онопа, Д.С. Павликов, Н.Ю. Макриди // Институт стоматологии. – 2007. – № 36. – С. 74–77.

Скрыль Александр Васильевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89627415036; e-mail: doctorskryl@yandex.ru

Мрикаева Мадина Руслановна, ассистент кафедры Северо-Осетинской государственной медицинской академии; тел.: 89188211777; e-mail: mrikaeva86@mail.ru

Печерских Екатерина Александровна, соискатель кафедры ортопедической стоматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89188669788; e-mail: P4el-Kaaa@yandex.ru

3. Павликов, Д.С. Структурная характеристика, пути профилактики и устранения клинических ошибок и осложнений при восстановлении дефектов коронковой части различных групп зубов штифтовыми конструкциями / Д.С. Павликов // Мат. IX городской научно-практической конференции молодых ученых. – Барнаул, 2008. – С. 164–166.
4. Скрыль, А.В. Культевые штифтовые вкладки, стандартные штифты или дентальные имплантаты? / А.В. Скрыль // Дентал Юг. – 2009. – № 5 (65). – С. 30–31.

АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА ШТИФТОВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

А. В. СКРЫЛЬ, М. Р. МРИКАЕВА, Е. А. ПЕЧЕРСКИХ

Ключевые слова: дефекты коронки, штифтовые конструкции зубных протезов, ошибки лечения

THE ANALYSIS OF ERRORS AND COMPLICATIONS AT RESTORATION OF DEFECTS OF A TOOTH CROWN WITH PIN CONSTRUCTIONS OF DENTURES

SKRYL A. V., MRIKAEVA M. R., PECHERSKICH E. A.

Key words: crown defects, pin constructions of dentures, treatment errors

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.314:616-007.272-08

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, С.М. Туманян
Ставропольская государственная медицинская академия

Мезиальная окклюзия зубных рядов, представляющая один из наиболее тяжелых вариантов зубочелюстной деформации, приводит к заметному изменению внешнего вида лица больного и формированию у него выраженных функциональных нарушений. Устранение подобной деформации, обусловленной аномалией формы и размера нижней челюсти, не может быть достигнуто врачебными усилиями только врача ортодонта и требует проведения хирургического вмешательства с участием челюстно-лицевого хирурга [1, 2, 3, 5].

Целью работы явилось повышение эффективности лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов.

Материал и методы. В основу работы положены результаты лечения 85 больных в возрасте 14–19 лет. Обследование пациентов включало клинические, антропометрические, морфометрические и рентгенологические методы.

Результаты и обсуждение. В процессе обследования у 85 пациентов были установлены сочетанные формы аномальной окклюзии зубных рядов в двух (47) 55,29±5,39 % и трех плоскостях (38) – 44,71±5,39 %. Результаты обследования установили у всех пациентов с мезиальной окклюзией зубных рядов, наряду с деформацией зубоальвеолярного комплекса, увеличение размеров нижнечелюстной дуги (нижней макрогнатии).

Программа лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов включала до- и послеоперационное ортодонтическое аппаратурное лечение, хирургическое лечение, профилактику кариозного поражения зубов и ретенцию лечебного результата.

Ортодонтическое лечение заключалось в применении эджуайс-техники на основе брекет-систем отечественных и зарубежных фирм-производителей. Коррекция зубных рядов осуществлялась техникой прямой дуги (straight-wire technique) системы Roth.

Контролируемые на гипсовых моделях результаты аппаратурной коррекции определяли возможность завершить процесс устранения аномалии окклюзии зубных рядов и сформировать ортогнатический прикус в процессе костнопластической операции на нижней челюсти.

На этапе хирургического лечения осуществлялась остеотомия нижней челюсти в области угла и ветви. У подростков в процессе операции удалялись непрорезавшиеся нижние зубы мудрости [4]. Проведение в процессе хирургического лечения внутриротовым доступом двусторонней плоскостной остеотомии позволяло свободно перемещать расщепленные фрагменты челюсти вперед, вверх и вниз, сохраняя при этом контакт на больших участках костной раны. Достигнутая в процессе операции подвижность тела челюсти с нижним зубным рядом обеспечивала возможность восстановления окклюзионного контакта между зубными рядами.

Применяемые для устранения деформации зубных рядов ортодонтические аппараты в ряде случаев использовались после костнопластической операции с целью достижения межчелюстной эластической фиксации, обеспечивающей неподвижное положение челюстных фрагментов и стабилизацию ортогнатического соотношения зубных рядов.

Применение на этапе ортодонтического лечения несъемной эджуйас-техники включало в качестве обязательного компонента лечебной программы тщательный гигиенический уход за полостью рта с

Водолацкий Михаил Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)265276; e-mail: MPV.st@yandex.ru

Водолацкий Виктор Михайлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры стоматологии детского возраста
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)265276; e-mail: Viking-66@yandex.ru

Туманян Сергей Месропович ассистент кафедры стоматологии детского возраста Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: 89286387075; e-mail: armania.84@mail.ru

применением фторсодержащих зубных паст и аппликаций зубов фторлаком.

Удержание результата, достигнутого в процессе ортодонтического и хирургического лечения, являлось завершающим и самым длительным этапом комплексного лечения. Продолжительность ретенционного периода после устранения деформации челюстных костей составляла 12–18 месяцев. Наряду с использованием для удержания достигнутого результата подбородочной пращи с резиновой тягой, функцию ретенционного аппарата выполняли ортодонтические лечебные аппараты в инактивированном состоянии.

Заключение. Результаты исследования подтверждают эффективность разработанной программы комплексного лечения у 83 (97,65±1,64 %) больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. Подтверждением успешного исхода лечебных мероприятий являлось формирование у пациентов нейтрального соотношения первых моляров по I классу Энгля, не менее 6–8 окклюзионных фиссурно-бугорковых контактов между зубамии-антогонистами, совпадение центральной линии между верхними и нижними зубами, формирование межрезцового угла в пределах 130° и перекрытие верхними резцами не более 1/3 высоты нижних резцов. Восстановление размера и формы челюстных костей в ходе реконструктивной операции способствовало устранению типичных косметических нарушений, составляющих до начала лечения предмет жалоб у основной части пациентов. Разработанная программа комплексного лечения больных с мезиальной окклюзией зубных рядов, включающая до- и послеоперационную ортодонтическую аппаратурную коррекцию, костную пластику нижней челюсти, а также профилактику кариеса зубов, предусматривает участие в ее реализации врача-ортодонта и челюстно-лицевого хирурга. Результаты лечения подтверждают эффективность разработанных программных мероприятий у 97,65±1,64 % больных с мезиальной окклюзией зубных рядов. Завершает выполнение лечебной программы самый продолжительный по времени период ретенции достигнутого результата.

Литература

1. Анурина, О.В. Зависимость степени трудности ортодонтического лечения от выраженности морфологических и функциональных нарушений зубочелюстной системы / О.В. Анурина, Г.В. Кузнецова, И.В. Попова // Сб. матер. науч.-практ. конф. – М., 2003. – С. 368–369.
2. Бернадский, Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия челюстно-лицевой области / Ю.И. Бернадский. – М., 1999. – 444 с.
3. Бимбас, Е.С. Результаты лечения мезиального прикуса / Е.С. Бимбас, Б.Я. Булатовская // Ортодонтия: методы профилактики, диагностики и лечения : тр. ЦНИИС. – М., 1990. – С. 85–87.
4. Водолацкий, М.П. Устранение мезиального прикуса у подростков / М.П. Водолацкий, В.М. Водолацкий, В.С. Вартанян // Достижения ортодонтии, ортопедической и общей стоматологии по специальности и ее преподавании. – М., 2005. – С. 283–284.
5. Baccetti, T. Skeletal effects of early treatment of Class III malocclussion with maxillary expansion and face-mask therapy / T. Baccetti, J.S. McGill, L. Franchi // Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. – 1998. – Vol. 113. – P. 333–343.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕЗИАЛЬНОЙ ОККЛЮЗИЕЙ ЗУБНЫХ РЯДОВ

М. П. ВОДОЛАЦКИЙ, В. М. ВОДОЛАЦКИЙ, С. М. ТУМАНЯН

Ключевые слова: нижняя макрогнатия, комплексное лечение, плоскостная остеотомия, эджуайс-техника, брекет-система

TREATMENT OF PATIENTS WITH PROTRUSIVE OCCLUSION OF DENTITIONS

VODOLATSKIJ M. P., VODOLATSKIJ V. M., TUMANJAN S. M.

Key words: lower makrognatia, integrated management, osteotomies, edgewise-technique, bracket-systems

© Коллектив авторов, 2012
УДК 618.3-06:616.8-009.24

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. В. Андросова, А. А. Дубовой, В. А. Аксененко
Ставропольская государственная медицинская академия

Андросова Ольга Валерьевна, соискатель кафедры акушерства и гинекологии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: 89283066003; e-mail: olganay@yandex.ru

Дубовой Александр Александрович, аспирант кафедры акушерства и гинекологии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: 89288100109; e-mail: alexanderdubovoy@gmail.com

Аксененко Виктор Алексеевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
Ставропольской государственной медицинской академии;
тел.: (8652)716323

Артериальная гипертензия (АГ) при беременности по-прежнему продолжает занимать лидирующие позиции в структуре материнской смертности. В развивающихся странах на долю преэклампсии (ПЭ), гестоза приходится 16,1–25,7 % всех смертей женщин во время беременности [4]. В России ПЭ осложняет практически каждую четвертую беременность, при этом тяжелая форма развивается в каждом десятом случае [2]. При развитии эклампсии частота смертельного исхода составляет 1,8 %, и еще у 35 % женщин отмечаются серьезные

осложнения [3]. В ряде случаев представляет проблему дифференциальный диагноз между гестозом и хронической гипертензией. Наличие выраженного гипертензионного синдрома на фоне комбинированной гипотензивной терапии при отсутствии правильной диагностики часто расценивается акушером-гинекологом как неэффективность терапии гестоза, характеризуя между тем одну из особенностей течения гипертонической болезни [1].

Цельисследования:изучитьклинико-эпидемиологические особенности АГ у беременных Ставропольского края.

Материал и методы. Проводился ретроспективный анализ историй родов женщин, проходивших лечение в условиях Ставропольского краевого клинического перинатального центра с 2001 по 2011 год. Оценивались причины развития АГ, структура нозологических форм, сопровождающихся АГ, данные анамнеза, анализ особенностей течения беременности и динамика изучаемой патологии, структура осложнений беременности и послеродового периода, а также перинатальный исход анализируемой беременности.

Результаты и обсуждение. За рассматриваемый период было родоразрешено 52624 беременных, из которых АГ была выявлена у 5631, таким образом, АГ наблюдалась у 10,7 % беременных.

При анализе причин АГ установлено, что у большинства беременных повышение артериального давления (АД) обусловлено ПЭ – 69,7 %. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) – гипертоническая болезнь (ГБ) и симптоматическая (вторичная) артериальная гипертензия – у беременных диагностирована в 30,5 %. В её структуре 68,6 % случаев приходится на ГБ и 31,4 % – на вторичную АГ.

При обследовании беременных с АГ обращает на себя внимание тот факт, что диагноз ПЭ на основании классической триады Цангенмейстера был выставлен только в 43,9 % случаев, в 50,7 % случаев АГ сочеталась с отеками или протеинурией, а в 5,3 % была единственным проявлением заболевания. На долю ПЭ среднетяжелой и тяжелой степени приходилось 36,2 % случаев.

В группе беременных с ХАГ достоверно чаще встречались женщины после 30 лет. У беременных с ХАГ чаще, чем у беременных с ПЭ, отмечалась сопутствующая соматическая (ожирение, нейроциркуляторная дистония) и гинекологическая (миома матки, бесплодие) патология.

Среди беременных с ХАГ было больше повторно беременных (64,0 и 36,0 %, соответственно), а также достоверно чаще, чем у беременных с ПЭ, при предыдущих беременностях регистрировалось повышение АД (31,1 и 12,3 %). Анализ особенностей течения беременности, родов и послеродового периода у беременных с ПЭ и ХАГ показал, что у беременных с гестозом чаще, чем у беременных с ХАГ, развивается хроническая фетоплацентарная недостаточность (30,3 и 19,1 % соответственно) и синдром задержки развития плода (18,2 и 8,4 %). Беременные с ПЭ чаще, чем беременные с ХАГ, родоразрешались досрочно (19,3 и 8,6 % соответственно) и путем операции кесарева сечения (34,0 и 27,8 %).

Роды у беременных с гестозом чаще, чем у беременных ХАГ, осложнялись преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (3,4 и 1,4 % соответственно), дискоординацией родовой деятельности (16,4 и 9,6 %), острой внутриутробной гипоксией плода (14,3 и 9,1 %), патологической кровопотерей (28,5 и 16,3 %). Течение послеродового периода у беременных с гестозом чаще, чем у беременных с ХАГ, осложнялось анемией и послеродовыми гнойно-септическими осложнениями.

В группе с гестозом нарушения гемоликвородинамики, асфиксия плода и синдром дыхательных расстройств у новорожденных встречались достоверно чаще (18,6, 26,4 и 19,3 %), чем в группе с ХАГ (6,2, 18,9 и 8,6 % соответственно).

Перинатальная смертность в группе с гестозом составила 28,7 ‰, в группе с ХАГ перинатальная смертность была достоверно ниже – 19,9 ‰. Удельный вес ПЭ в структуре материнской смертности за период с 2001 по 2010 год составил 62,5 %, опередив остальные причины в несколько раз, в то же время ХАГ в структуре причин материнской смертности за рассматриваемый период не фигурировала ни разу.

Заключение. Преэклампсия оказывает более неблагоприятное влияние на течение беременности и родов, чем ХАГ. В то же время классические критерии диагностики гестоза в условиях современного акушерства не всегда позволяют с достаточной долей достоверности отличить его от ХАГ.

Литература

1. Аксененко, В.А. Показатели центральной гемодинамики при беременности, осложненной гестозом и гипертонической болезнью, по данным тетраполярной грудной реографии / В.А. Аксененко, О.В. Андросова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2006. – № 2. – С. 35–37.
2. Кулаков, В.И. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Выпуск 2 / В.И. Кулаков. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 560 с.
3. Agida, E. T. Pregnancy outcome in eclamptics at the University of Abuja Teaching Hospital, Gwagwalada, Abuja: a 3 year review / E.T. Agida, B.I. Adeka, K.A. Jibril // Niger. J. Clin. Pract. – 2010. – Vol. 13, № 4. – P. 394–398.
4. Khan, K. S. WHO analysis of causes of maternal death : a systematic review / K.S. Khan, D. Wojdyla, L. Say [et al.] // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 1066–1074.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

О. В. АНДРОСОВА, А. А. ДУБОВОЙ, В. А. АКСЕНЕНКО

Ключевые слова: осложненная беременность, эпидемиология, артериальная гипертензия, преэклампсия

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ARTERIAL HYPERTENSION IN PREGNANCY

ANDROSOVA O. V., DUBOVOY A. A., AKSENENKO V. A.

Key words: complicated pregnancy, epidemiology, arterial hypertension, preeclampsia

© Л. Е. Пономарев, 2012
УДК 616.211-002+616.211-002:616.831-06053.9

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Л. Е. Пономарев
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Вопросы диагностики и лечения больных с ото- и риногенными внутричерепными осложнениями (ВЧО) далеки от разрешения. Летальность при отогенных ВЧО в 1960–1970-е годы колебалась от 14 до 33 % [2]. В 1980–1990-е годы интервал колебаний увеличился и составил 5–58 % [3], несмотря на широкое применение современных диагностических методов и антибактериальных средств. Риногенные внутричерепные осложнения встречаются значительно реже отогенных, но и здесь летальность довольно высока – 9,8–30 % [4].

Цель исследования – клинико-статистический анализ внутричерепных осложнений у больных, пролеченных в лор-отделении больницы скорой медицинской помощи, для выяснения причин высокой летальности.

Материал и методы. Проведен анализ историй болезни с отогенными и риногенными внутричерепными осложнениями в период с 2007 по 2011 г. Проанализированы 52 истории болезни, из которых у 38 больных диагностированы отогенные и у 14 – риногенные ВЧО.

В возрастной структуре преобладали больные старше 40 лет – 44 из 52 (84,6 %). Причем людей пожилого возраста (старше 60 лет) было 21 (40,4 %).

Все больные с ВЧО госпитализировались в реанимационное отделение, осматривались лор-врачом, неврологом, окулистом. После экстренной расширенной операции на ухе или околоносовых пазухах проводилась интенсивная комплексная терапия (антибактериальная, противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная, симптоматическая).

Результаты и обсуждение. Ежегодно в лор-отделение поступало в среднем около 10 больных с ВЧО; отогенные ВЧО встречались в 2,7 раза чаще риногенных.

Причиной возникновения отогенных ВЧО чаще был острый гнойный средний отит – 65,8 %, что значительно отличалось от данных других авторов [1, 4].

Риногенные внутричерепные осложнения основной причиной имели острые риносинуситы, выявленные у 10 из 14 больных (71,4 %). Лишь у двух больных причиной ВЧО было обострение хронического риносинусита и еще у двух – фурункул преддверия носа. У больных с риногенными ВЧО, лечившимися в ЛОР-центре, также чаще диагностировались острые риносинуситы, но встречались они только у 61,1 % больных [1].

Наиболее частым внутричерепным осложнением являлся менингит. В виде одиночного осложнения он наблюдался в 63,2 % случаях при отогенных и в 35,7 % – при риногенных причинах. В остальных случаях сочетался с другими видами внутричерепной патологии. Это были отогенные осложнения: менингоэнцефалит – 21 %, тромбоз сигмовидного синуса и перисинуозный абсцесс – 13,2 %, абсцесс мозга – 2,6 %. Риногенными ВЧО были: абсцесс мозга – 28,6 %, менингоэнцефалит – 21,4 %, тромбоз кавернозного синуса – 14,3 %. В ЛОР-центре риногенный менингит был установлен в 42,5 %, а абсцесс лобной доли мозга – у 18,5 % больных.

У всех больных проводились посевы содержимого из операционной раны на биограмму, но только у 11 из 52 были выявлены возбудители: кишечная палочка (5), эпидермальный стафилококк (4), золотистый стафилококк (1), гемолитический стрептококк (1).

От риногенного ВЧО умер 1 (7,1 %) из 14 больных. Это был 42-летний мужчина с обострением хронического гнойного гемисинусита, абсцессом лобной доли мозга, менингитом.

Средняя летальность от отогенных ВЧО за 5 лет составила 31,6 %, в том числе при острых гнойных средних отитах – 36 %, а при хронических – 23,1 %.

Из 13 наших больных, умерших от ВЧО, у 9 был сахарный диабет, причем у 7 из них выявленный впервые. Четверо умерших страдали хроническим алкоголизмом, у двоих диагностирован туберкулез.

Установлено, что в зимний период число осложнений больше, а летальность меньше. Наиболее высокая летальность отмечалась в весенний период: из 11 заболевших весной умерло 6 человек.

Люди пожилого и старческого возраста в Краснодарском крае составляют 20,9 %. Доля таких людей в России и Европе постоянно увеличивается. Этим обусловливается возрастающий интерес к изучению физиологии и патологии стареющего организма. Снижение реактивности в этом возрасте является одной из основных причин неблагоприятного течения многих заболеваний, в том числе и внутричерепных осложнений.

Заключение. Наиболее частыми причинами возникновения внутричерепных осложнений были: острый гнойный средний отит и острый риносинусит. Чаще других внутричерепным осложнением был менингит: в виде самостоятельного заболевания он наблюдался в 61,5 % при отогенных осложнениях и 38,5 % – при риногенных. У остальных больных он, как правило, сочетался с другими внутренними осложнениями. Летальность при риногенных внутричерепных осложнениях составила 7,1 %, отогенных – 31,6 %: при острых отитах – 36,0 %, хронических – 23,1 %. На неблагоприятное течение и исход заболевания влияют сопутствующие болезни, в основном это – сахарный диабет. Большая часть больных – 84,6 % – это люди старше 40 лет. Измененная реактивность и атипично протекающие в пожилом возрасте отиты, синуситы и их осложнения затрудняют диагностику и ухудшают прогноз заболевания.

Пономарев Леонид Емельянович, доктор медицинских наук, профессор кафедры лор-болезней Кубанского государственного медицинского университета;
тел.: (861)2621763, 89183543924;
e-mail: for_ludmila@inbox.ru

Литература

1. Воронкин, В.Ф. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии / В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев. – Краснодар, 2000. – 176 с.

2. Курилин, И.А. Отогенные внутричерепные осложнения / И.А. Курилин, Р.В. Юрина, Ф.А. Тышко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. – № 5. – С. 61–69.
3. Пискунов, С.З. Особенности течения отогенных внутричерепных осложнений по материалам лор-клиники за 10 лет / С.З. Пискунов, М.Н. Гельфанд // Вестн. оториноларингологии. – 1982. – № 3. – С. 44–47.
4. Руководство по оториноларингологии / под ред. И. Б. Солдатова. – М. : Медицина, 1994. – 608 с.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
Л. Е. ПОНОМАРЕВ

Ключевые слова: внутричерепные осложнения, отиты, синуситы, пожилой возраст, реактивность организма

AGE PECULIARITIES OF THE COURSE OF OTOGENIC AND RHINOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS
PONOMAREV L. E.

Key words: intracranial complications, otitis, sinusitis, elderly age, reactance

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.322-002.2:616.321-002:576.8.06

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ТОНЗИЛЛИТ И ФАРИНГИТ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE*

Е. В. Щетинин, В. М. Моренко, И. П. Енин, В. П. Карпов, В. А. Батурин
Ставропольская государственная медицинская академия

В последние годы внимание исследователей привлекает участие *Chlamydophila pneumoniae (C. pneumoniae)* **– микроорганизма, который является облигатным внутриклеточным паразитом, в развитии заболеваний респираторной системы. Считают, что этот микроорганизм является одним из ведущих патогенов, вызывающих внебольничные пневмонии. Обсуждается участие** *C. pneumoniae* **в патогенезе атеросклероза, ишемической болезни сердца. Предполагается взаимосвязь инфицирования этим микроорганизмом с развитием бронхиальной астмы [2].**

В связи с этим представлялось интересным изучить частоту выделения *C. pneumoniae* у больных с рецидивирующим тонзиллитом и фарингитом.

Материал и методы. Обобщены результаты обследования 1557 больных с хроническим тонзиллитом (ХТ) и фарингитом. Бактериологическому исследованию подвергался биологический материал, полученный с помощью мазков. Забор материала производили специальными зондами, позволяющими получить не только отделяемое лакун небных миндалин, но и забрать на исследование эпителиальные клетки слизистой глотки. Наряду со стандартным бактериологическим исследованием биологического материала проводилось определение *C. pneumoniae* в полученном материале с помощью иммунофлюоресцентного метода (ЗАО «Ниармедик», Россия).

Результаты и обсуждение. Бактериологический диагноз был подтвержден у 1011 (64,9 %) обследованных. Стрептококковый процесс выявлен у 62,2 % пациентов, причем в подавляющем большинстве случаев выделен *Streptococcus pyogenes (StrA),* а на долю пневмококка пришлось лишь 3,5 % случаев обострений. У 39,9 % больных ХТ выделены внутриклеточные возбудители: *C. pneumoniae* в 26,3 % и *Mycoplasma pneumoniae* в 12,6 % случаев. Необходимо отметить, что у 268 (26,5 %) пациентов были идентифицированы ассоциации микроорганизмов, причем в 50 % случаев идентифицированы ассоциации *StrA* с *C. pneumoniae*.

В зависимости от стадии и выраженности воспалительного процесса в лимфаденоидном аппарате глотки заметно менялся и состав микрофлоры в небных миндалинах. Так, в стадии ремиссии хронического тонзиллита при стихании воспалительного процесса *StrA* составляли 27 %, а преобладали хламидофилы и микоплазмы. При катаральной, фолликулярной и лакунарной ангине удельный вес *StrA* заметно повышался. Необходимо отметить, что персистенция в миндалинах *C. pneumoniae* и *Mycoplasma pneumoniae* коррелировала с частотой обострений у больных с хроническим тонзиллитом [1], что подтверждает ведущую роль возбудителей в поддержании воспалительного процесса.

Заключение. Таким образом, основными возбудителями обострений при хронических тонзиллитах и фарингитах остаются *StrA,* которые выявляются у боль-

Щетинин Евгений Вячеславович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой патологической физиологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352389, 89624016336; e-mail: ev.cliph@rambler.ru

Моренко Вера Михайловна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561365

Енин Иван Петрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)565527

Карпов Владимир Павлович, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)561365; e-mail: Karpov_Vladimir_@mail.ru

Батурин Владимир Александрович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой клинической фармакологии, бактериологии, аллергологии и иммунологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352524

шинства пациентов, причем с увеличением тяжести процесса доля стрептококков только увеличивается. Заметную роль в формирование воспалительного процесса, по-видимому, вносят *Mycoplasma pneumoniae* и, в большей степени, *C. pneumoniae,* выявляемые как самостоятельно, так и в ассоциации со стрептококками. Широкий диапазон выявляемых микроорганизмов позволяет рекомендовать проведение бактериологической диагностики и иммунофлюоресцентного исследования отделяемого из лакун миндалин перед выбором рациональной тактики антибактериальной терапии.

РЕЦИДИВИРУЮЩИЕ ТОНЗИЛЛИТ И ФАРИНГИТ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE*

Е. В. ЩЕТИНИН, В. М. МОРЕНКО, И. П. ЕНИН, В. П. КАРПОВ, В. А. БАТУРИН

Ключевые слова: хронический тонзиллит, фарингит, chlamydophila pneumoniae

Литература

1. Батурин, В.А. Микробиологические и клинико-фармакологические аспекты стандартизации антибиотикотерапии тонзиллофарингитов / В.А. Батурин, Е.В. Щетинин, В.И. Кошель [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2007. – № 1. – С. 39–45.
2. Current Pediatric Diagnosis & Treatment, 17th Edition / Eds by W.W. Hay, M.J. Levin, J.M. Sondheimer, R.R. Deterding. – McGraw-Hill Professional, 2008. – 1330 p.

RECURRENT TONSILLITIS AND PHARYNGITIS ASSOCIATED WITH *CHLAMYDOPHILA PNEUMONIAE*

SHCHETININ E. V., MORENKO V. M., ENIN I. P., KARPOV V. P., BATURIN V. A.

Key words: chronic tonsillitis, pharyngitis, *chlamydophila pneumoniae*

© Коллектив авторов, 2012
УДК 614.8:313.12

ТРАВМОЦЕНТР I УРОВНЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ШОКОМ

А.А. Закарян[1], А.Э. Апагуни[2], М.И. Ульянченко[2], Н.В. Разумный[1], А.В. Филиппов[1], Р.С. Атаджанян[1]
[1]Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе, Санкт-Петербург
[2]Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Ставрополь

Основной организационной технологией лечения пострадавших с шокогенными травмами является их концентрация в травмоцентрах [1]. С 2008 по 2012 год система травмоцентров развернута в 69 субъектах Российской Федерации. Показатели летальности при данных травмах достигают 27,4 %, а госпитальная летальность варьирует от 20 до 60 %, что определяет актуальность проблемы [2].

Закарян Арман Араратович, доктор медицинских наук, руководитель лаборатории новых организационных технологий, экономики и стандартизации в здравоохранении Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе; тел.: 89817011729; e-mail: arman_z@mail.ru

Апагуни Артур Эдуардович, доктор медицинских наук, заведующий отделением сочетанной травмы Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Ставрополь; тел.: 89064161001; e-mail: artuni@yandex.ru

Ульянченко Максим Иванович, заместитель главного врача по экспертизе качества оказания медицинской помощи Городской клинической больницы скорой медицинской помощи, Ставрополь; тел.: 89624496969; e-mail: doctor130@inbox.ru

Разумный Николай Владимирович, кандидат медицинских наук, научный сотрудник лаборатории новых организационных технологий, экономики и стандартизации в здравоохранении Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе; тел.: 89213923093

Филиппов Андрей Владимирович, специалист научно-методического отдела организации скорой медицинской помощи Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе; тел.: 89119441019.

Атаджанян Размик Сарикович, преподаватель Учебного центра Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе; тел.: 89818109366.

Цель исследования – изучение медико-социальных характеристик пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, и результатов их лечения в травмоцентрах I уровня.

Материал и методы. Объектом исследования были травмоцентры I уровня Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе и городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Ставрополя. Характеристики пострадавших, госпитализированных в указанные стационары, изучались в различных структурных подразделениях травмоцентров. Были проанализированы 2132 медицинские карты стационарных больных данной группы (форма № 003/у). Применялись статистические методы обработки материала: расчет экстенсивных показателей, средних величин с определением достоверности их разницы.

Результаты. Из числа поступивших в травмоцентры I уровня 40,7 % было госпитализировано, из них 18,5 % направлены в операционное отделение для противошоковых мероприятий (ООПМ).

Травмы характеризовались многообразием нозологических форм. Наибольший удельный вес имели лица с травмами, захватывающими несколько областей тела (T00–T07) – 42,6 % и группа пострадавших с травмами головы (S00–S09) – 21,1 %. Доля пострадав-

ших с травмами колена и голени (S80–S89) составила всего 5,6 %, а пострадавших с травмами области тазобедренного сустава и бедра (S70–S79) – 5,1 %.

У 31,8 % пострадавших не был диагностирован шок; шок I степени определен у 45,9 %, шок II степени – у 12,8 %, шок III степени – у 9,5 % пострадавших.

85,6 % пострадавших после проведения противошоковых мероприятий поступили в отделение реанимации, 7,8 % пациентов были переведены в отделение сочетанной травмы, 3,1 % – в травматологическое, по 1,5 % – в нейрохирургическое и в торакоабдоминальное хирургическое отделения.

Средняя длительность лечения больных данной группы в стационаре составила 16,1±0,6 дней. Средняя длительность лечения пострадавших без шока составила 6,5±0,4 дней, с шоком I степени – 16,7±0,5 дней, с шоком II степени – 25,5±1,1 дней и с шоком III степени – 19,1±1,4 дней.

Уровень больничной летальности оказался равным 12,6 %. Доля умерших в ООПМ составила 4,2 % от числа поступивших, а доля умерших в отделении реанимации составила 18,9 %; в прочих отделениях этот процент составил 0,1. Большинство скончавшихся были мужчины (67,6 %). Средний возраст умерших равен 51,5±1,0 лет.

О тяжести полученных повреждений свидетельствует тот факт, что у более 3/4 погибших (75,5 %) были зафиксированы травмы, захватывающие несколько областей тела (T00–T07). У 14,9 % пострадавших смерть была обусловлена травмами головы (S00–S09).

Средняя длительность лечения умерших пострадавших составила 8,1±0,9 дней. Наибольшая часть таких пациентов скончалась в течение первых суток (32,2 %), в течение 2–5 суток умерли около четверти пострадавших (25,4 %), в пределах 6–10 суток – 13,1 %, от 11 до 15 суток – 12,6 %, от 16 до 30 суток – 10,3 %, более 30 суток – 6,4 %.

Наибольший уровень летальности наблюдался в группе пострадавших с шоком III степени – 52,7 %; в группе с шоком II степени летальность составила 19,1 %; в группе с шоком I степени – 6,3 %.

Выводы

1. В составе пострадавших с травмами, госпитализированных в травмоцентр I уровня, наибольший удельный вес имели лица с травмами, захватывающими несколько областей тела – 42,6 % и травмами головы – 21,1 %. Преобладали пострадавшие вследствие ДТП (49,1 %).
2. Средняя длительность лечения пострадавших в травмоцентре I уровня составила 16,1±0,6 дней.
3. Летальность среди пострадавших с травмами, сопровождающимися шоком, в травмоцентре I уровня оказалась равной 12,6 %. Наибольший уровень летальности наблюдался в группе с шоком III степени – 52,7 %.

Литература

1. Багненко, С.Ф. Алгоритм действий по преемственности оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях с сочетанной травмой / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко [и др.] // Методические рекомендации. – СПб. : Стикс, 2010. – 24 с.
2. Багненко, С.Ф. Организация и оказание скорой медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / С.Ф. Багненко, В.В. Стожаров, А.Г. Мирошниченко [и др.]. – СПб. : Стикс, 2011. – 350 с.

ТРАВМОЦЕНТР I УРОВНЯ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ С ТРАВМАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ШОКОМ

А. А. ЗАКАРЯН, А. Э. АПАГУНИ, М. И. УЛЬЯНЧЕНКО, Н. В. РАЗУМНЫЙ, А. В. ФИЛИППОВ, Р. С. АТАДЖАНЯН

Ключевые слова: травмоцентр, травмы

LEVEL I TRAUMA CENTER AS EFFECTIVE ORGANIZATIONAL TECHNOLOGY OF RENDERING MEDICAL CARE BY THE PATIENTS WITH TRAUMAS AND SHOCK

ZAKARIAN A. A., APAGUNI A. E., ULYANCHENKO M. I., RAZUMNYI N. V., FILIPPOV A. V., ATAJANIAN R. S.

Key words: trauma center, traumas

© С. Н. Алексеенко, Т. В. Гайворонская, 2012
УДК 378.091.8:61

АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МОНИТОРИНГА ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ВУЗА

С. Н. Алексеенко, Т. В. Гайворонская
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

Алексеенко Сергей Николаевич, кандидат медицинских наук, доцент, ректор Кубанского государственного медицинского университета;
тел.: (861)2683284, (861)2683684; e-mail: corpus@ksma.ru

Гайворонская Татьяна Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, проректор по учебной и воспитательной работе Кубанского государственного медицинского университета, заведующая кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;
тел.: (861)2683684.

Основная задача вузовского образования – способствовать саморазвитию личности студента, его профессиональному становлению, начиная с первых лет учебы в вузе. В связи с этим задача по раннему выявлению возможностей студентов и их самореализации на всех уровнях профессиональной подготовки представляется нам важным аспектом совершенствования образовательного процесса.

Внутренняя среда вуза является той профессиональной средой, в которой формируется будущий специалист и закладываются основы его профессиональной культуры. Следовательно, будучи инструментом воздействия на личностный и профессиональный рост студентов, внутренняя среда вуза должна рассматриваться как объект изучения, моделирования и конструирования, т. е. объект управления, которому принадлежит важнейшая роль в процессе становления специалиста [1, 2].

Эффективным инструментом изучения внутренней среды вуза является наличие обратной связи со студентами – анкетирование.

Цель исследования – изучить внутреннюю среду Кубанского государственного медицинского университета путем анкетирования студентов выпускных курсов.

Материал и методы. В университете ежегодно проводится опрос студентов выпускных курсов. Анкета опроса студентов выпускного курса включает ряд направлений для мониторирования качества образовательного процесса: общие вопросы по формированию профессиональной ориентации, вопросы по формированию мотивации на профессиональное становление, по формированию профессиональных компетенций, готовность к постоянному профессиональному росту, готовность к социальной и профессиональной мобильности.

Результаты и обсуждение. В 2011/12 учебном году было опрошено 647 выпускников, обучающихся на очной форме, из них: 48,6 % – это выпускники лечебного факультета; 25 % – выпускники стоматологического факультета; 20,4 % – выпускники педиатрического факультета; 3,8 % – выпускники медико-профилактического факультета; 2,2 % – выпускники фармацевтического факультета.

Возраст анкетируемых составил от 20 до 31 года, в гендерном отношении большинство женщины – 68,5 %, мужчин в два раза меньше (31,5 %). Соотношение проживающих в районных центрах, жителей сельской местности и проживающих в городе соответственно составило 1:1,4:3,3.

Основными причинами поступления в медицинское высшее учебное заведение явились: желание получить высшее медицинское образование – 31 %; нравится эта профессия – 28,5 %; приобретение престижной специальности – 15,4 %.

Большинство опрошенных на вопрос «Что привлекает Вас в получаемой специальности (профессии)?» ответили: помогать людям (41 %); иметь стабильную заработную плату (18 %); организовать собственное дело (16,8 %); сделать карьеру в здравоохранении (11,3 %).

Несколько странным представляется ответ на поставленный вопрос – «постоянно общаться с людьми» – 11,3 % опрошенных.

Большинство поступивших в университет после окончания школы (89 %), из них по общему конкурсу поступило 69 %, по целевому приему – 20 %, после работы в медицинском учреждении и окончания среднего медицинского учреждения – 11,9 %.

Большинство студентов (55,2 %) во время обучения в высшем учебном заведении не работали; 44,8 % студентов работали, из них начиная с 5 курса 35,3 %, с 3 курса – 21,5 %. Работающие студенты в 62,8 % случаев отметили, что совмещать учебу с работой – «трудно» (35,8 %) и «очень трудно» (27 %). Наряду с медицинскими учреждениями, аптеками, студенты вуза работают продавцами, консультантами в немедицинских учреждениях.

Готовность к постоянному профессиональному росту у выпускников составляет 89,4 %, большинство планируют продолжить обучение в интернатуре и аспирантуре.

Мотивация на профессиональное становление и работу по выбранной профессии к моменту окончания вуза сформирована недостаточно. Так, 13 % выпускников не планируют работать по полученной специальности, а 69,4 % из них приводят в связи с этим различные причины («освою новую профессию», «поступлю в немедицинское высшее учебное заведение» и др.). В то же время большинство (58 %) из желающих работать по выбранной профессии планируют работать в стационаре.

В вопросе по формированию профессиональных компетенций – готовности к выполнению профессиональных обязанностей после окончания медицинского высшего учебного заведения – большинство (55 %) надеются на помощь наставника на рабочем месте, а 16,9 % – не уверены в том, что смогут выполнять профессиональные обязанности, из-за недостатка знаний и умений.

Готовностью к социальной и профессиональной мобильности обладают половина выпускников (50,7 %). Среди причин смены места жительства 36 % указывают изменение семейного статуса, меньше 17,8 % – возвращение по месту постоянного жительства. На новом месте жительства большинство опрошенных (93,8 %) планируют работать в медицинских (государственных и частных) учреждениях.

Поиск выпускниками места будущей работы происходит в основном с помощью знакомых и родственников (22,2 %), деканата медицинского высшего заведения (14,2 %), органов управления здравоохранения (14,2 %). В соответствии с договором (целевое направление) трудоустраиваются 7,3 % выпускников, с помощью ярмарок вакансий – 5,5 %.

На вопрос о необходимости возврата дипломированным специалистом в случае несоблюдения условий договора средств, потраченных на его целевое обучение на бюджетной основе, только 49 % выпускников ответили положительно, 30 % – не согласны с таким утверждением, 21 % опрошенных затруднились ответить.

Заключение. Опираясь на результаты анкетирования обучающихся, можно наметить пути повышения качества обучения, выявить необходимость осуществления корректирующих и предупреждающих действий для оперативного управления работой студентов, преподавателей, кафедр, деканатов.

Литература

1. Лицензирование и государственная аккредитация образовательных учреждений профессионального образования : сборник законодательных и нормативных правовых документов: в 3 ч. – Йошкар-Ола : Учебно-консультационный центр, 2010. – 156 с.
2. Управление качеством образования : практикоориентированная монография и методическое пособие / под ред. М.М. Поташкина. – М. : Педагогическое общество России, 2000. – 448 с.

АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ – ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ МОНИТОРИНГА ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ВУЗА

С. Н. АЛЕКСЕЕНКО, Т. В. ГАЙВОРОНСКАЯ

Цель исследования – изучить внутреннюю среду Кубанского государственного медицинского университета путем анкетирования студентов выпускных курсов. Анкета опроса студентов выпускного курса Кубанского государственного медицинского университета включала различные направления для мониторирования качества образовательного процесса. В 2011/12 учебном году было опрошено 647 выпускников всех факультетов, обучающихся на очной форме. Возраст анкетируемых составил от 20 до 31 года. Использование в управлении вузом системы мониторинга образовательной среды обеспечивает принятие обоснованных управленческих решений, направленных на развитие творческого и профессионального потенциала профессорско-преподавательского состава.

Ключевые слова: анкетирование, студенты, внутренняя среда вуза

STUDENTS POLL AS AN EFFECTIVE IMPLEMENT OF MONITORING THE HIGHER SCHOOL INTERNAL ENVIRONMENT

ALEKSEENKO S. N., GAIVORONSKAYA T. V.

The aim was to investigate the internal environment in the Kuban State Medical University by questioning the undergraduates. Questionnaire was elaborated for evaluation of educational process qualities. 647 undergraduates aged from 20 to 31 (academic year 2011–2012) from all the faculties were questioned. Educational environment monitoring guarantees effective educational management directed to the development of the creative and professional potential of teaching staff.

Key words: poll, undergraduates, the higher school internal environment

ЗАМЕТКИ ИЗ ПРАКТИКИ © Коллектив авторов, 2012
УДК 616-007:575.191:616-053.2/.4

СЛУЧАЙ СИНДРОМА АПЕРА У ДЕВОЧКИ

Л. Я. Климов[1], Т. М. Вдовина[2], В. А. Курьянинова[1], Н. Н. Письменова[1], С. В. Долбня[1], М. В. Стоян[1], Р. А. Атанесян[1], М. В. Агаджанян[1], И. А. Стременкова[1]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр

Климов Леонид Яковлевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой факультетской педиатрии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)352339; e-mail: klimov_leo@mail.ru

Вдовина Татьяна Михайловна, кандидат медицинских наук, врач-генетик Ставропольского краевого клинического консультативно-диагностического центра; тел.: 89282533363; e-mail: tatgen@list.ru

Курьянинова Виктория Александровна, ассистент кафедры пропедевтики детских болезней Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89282938069; e-mail: vichkak@mail.ru

Письменова Наталья Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283262826; e-mail: pismenova_n@mail.ru

Долбня Светлана Викторовна, студентка VI курса педиатрического факультета Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89280082660; e-mail: svet-lana.dolbnya@yandex.ru

Стоян Марина Валерьевна, врач-интерн кафедры педиатрии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89282447990; e-mail: marina-stoyan@mail.ru

Атанесян Роза Артуровна, клинический ординатор кафедры эндокринологии, детской эндокринологии и диабетологии ИПДО Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89283770998; e-mail: rozaatanesyan@rambler.ru

Агаджанян Марина Эдвардовна, студентка V курса педиатрического факультета Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89187796441; e-mail: manyoshka910302@mail.ru

Стременкова Инна Алексеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89624451592; e-mail: Stremenkova@yandex.ru

Врождённые пороки развития составляют одну из актуальных медицинских и социальных проблем в России и за рубежом, это обусловлено высокой частотой встречаемости патологии и тяжестью сформированных анатомических и функциональных нарушений.

Распространённость пороков развития челюстно-лицевой области, по данным ВОЗ (2005), составляет 4–6 %, причем около 30 % из них приходится на краниосиностозы. Из всех синдромальных форм краниосиностозов наиболее часто встречается синдром Апера [1].

Синдром Апера (E. Apert, 1906) – наиболее изученная и распространённая форма акроцефалосиндактилии, хотя его частота составляет 1 случай на 100–160 тысяч новорожденных. Почти все опубликованные случаи синдрома Апера спорадические. Семейные случаи – крайняя редкость, так как эти больные почти никогда не вступают в брак и не оставляют потомства (олигофрения, физические дефекты). При доминантных формах синдрома Апера генетический риск для последующих детей составляет 50 % [2].

Заболевание имеет аутосомно-доминантный тип наследования. Кариотип при этом синдроме нормальный. Ген синдрома Апера локализован на длинном плече хромосомы 10, в локусе 10q26 [1, 4, 6, 9]. Синдром Апера вызывается одной из двух миссенс-мутаций гена FGFR2, вовлекающей две смежные аминокислоты: S252W и P253R. Синдактилия кистей и стоп более серьёзно выражена у пациентов с мутацией P253R. Напротив, расщелины неба более характерны для пациентов с мутацией S252W. Различий в проявлении других патологий, связанных с синдромом Апера, найдено не было. Миссенс-мутация в

экзоне 7 гена FGFR2 повреждает белок в линкерном районе между вторыми и третьими иммуноглобулиноподобными доменами. Изучение фибробластов показало эктопическую экспрессию KGFR области FGFR2, которая была связана с выраженностью патологий конечностей. Эта корреляция оказалась первым генетическим свидетельством того, что аномальная экспрессия KGFR является причиной синдактилии при синдроме Апера [1, 2, 10, 11].

Основные диагностические признаки синдрома – акроцефалия и синдактилия кистей и стоп – отмечаются в 100 % случаев.

Акроцефалия («башенный череп») является следствием раннего синостоза многих швов черепа (коронарных, чешуйчатых, клиновидных и др.). Типичные изменения лица (гипертелоризм, экзофтальм в результате сфено-этмоидо-максиллярной гипоплазии и уплощения глазниц, антимонголоидный разрез глазных щелей) связаны как с краниостенозом, так и с деформацией клиновидной кости и смещением больших крыльев этой кости кпереди. Переносица часто запавшая. Нос короткий с уплощённой спинкой и с широким кончиком, со стенозом или атрезией хоан, носогубные складки глубокие, возможна девиация носовой перегородки. Имеется западение средней зоны лица – верхняя челюсть гипоплазирована, скуловые дуги короткие, скуловые кости мелкие. В связи с этим отмечается относительный нижнечелюстной прогнатизм. Рот в состоянии покоя имеет трапециевидную форму. Высокое аркообразное нёбо, расщелина мягкого нёба и язычка наблюдаются в 30 % случаев. Твердое нёбо короче, чем в норме, мягкое нёбо – длиннее и толще, верхнечелюстная зубная дуга имеет V-образную форму. Могут быть выступающие из ряда верхние зубы, имеющие форму совка резцы, сверхкомплектные зубы и выступающие альвеолярные гребни. Пациенты имеют низко посаженные уши и высокую вероятность снижения слуха в дальнейшем [1, 2, 7, 11].

Синдактилия кистей и стоп – второй основной признак синдрома – практически всегда она полная, центральные три пальца подвергнуты сращению в 100 % случаев. Проксимальные фаланги больших пальцев кистей и стоп укорочены, дистальные имеют трапециевидную форму. Патология верхних конечностей всегда более выражена, чем нижних. Сращение костей запястья с дистальными фалангами не имеет своего аналога на стопе.

Со стороны внутренних органов встречаются врождённые пороки сердца и сосудов (25 %), аномалии мочеполовой системы (9,6 %) и желудочно-кишечного тракта (1,5 %). В литературе упоминаются патологические изменения дыхательной системы [7, 8].

По некоторым данным, для синдрома Апера характерны элементы глазо-кожного альбинизма (светлые волосы и бледная окраска кожных покровов), гипергидроз, акнеформные элементы на лице, груди, спине, руках. Возможны проявления гипопигментации и гиперкератоза ладоней, западения кожи над крупными суставами конечностей. У некоторых пациентов имеется избыточная кожа складок лба [1, 2, 3, 4, 5].

Пороки головного мозга (внутренняя гидроцефалия, аплазия или гипоплазия мозолистого тела, прозрачной перегородки) наблюдаются у 60 % больных. Мозг увеличен в вертикальном и уменьшен в переднезаднем размерах. У всех детей отмечается косое расположение височных костей.

При микроскопии головного мозга выявляют нечёткость послойного строения коры полушарий, незрелость нервных клеток, дефицит нейронов, миграцию клеток коры мозжечка в белое вещество мозга [3]. У всех больных имеет место снижение интеллекта.

Хирургическое лечение направлено на увеличение объёма черепа и коррекцию синдактилии. Нейрохирургическое лечение включает раннюю краниоэктомию коронарного шва и фронто-орбитальную репозицию. Операции по поводу синдрома Апера часто состоят из нескольких этапов, последний проводится в подростковом возрасте. Первый этап часто выполняется уже в 3 месяца. В последнее время стала широко использоваться новая техника краниофациальной дистракции с постепенным вытяжением кости. Этот метод приводит к хорошим косметическим результатам и снимает необходимость проведения костной пластики у пациентов в возрасте 6–11 лет. Помимо хирургического лечения патологии костей черепа, пациентам с синдактилией кистей и стоп проводится хирургическое лечение пальцев конечностей. Для формирования физиологического прикуса назначается ортодонтическое лечение [1, 7].

Продолжительность жизни пациентов с синдромом Апера небольшая.

Приводим описание собственного наблюдения ребёнка с синдромом Апера.

Девочка Ж. поступила в возрасте 10 месяцев в ГУЗ «Ставропольский специализированный Дом ребёнка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и с нарушением психики».

Девочка от первой беременности (данных о течении беременности нет, так как мать не состояла на учёте), первых срочных родов путем операции кесарева сечения в экстренном порядке. При рождении оценка по шкале Апгар 7/8 баллов, масса тела 3800 г, длина 56 см. Девочка родилась со множественными пороками развития.

Рис 1. Внешний вид ребенка с синдромом Апера в возрасте 5 лет 6 мес.

Голова ребёнка увеличена в размере. Череп башенный, выпирающие и нависающие лобные бугры, скошенный затылок. Выражены характерные дизморфии

Рис. 2. Внешний вид кистей и стоп ребёнка с синдромом Апера

лица: средняя часть лица гипоплазирована, запавшая и широкая переносица, носогубные складки выражены, губоподбородочная складка сглажена, глазной гипертелоризм, антимонголоидный разрез глаз, низко расположенные ушные раковины (рис. 1). Носовое дыхание затруднено. Определяется недоразвитие верхней челюсти, прогнатия нижней челюсти. Количество зубов соответствует возрасту, имеется нарушение соотношения зубных рядов, аномальное положение зубов на верхней и нижней челюстях, конусовидная форма верхних зубов.

При рождении была диагностирована кожно-костная синдактилия обеих кистей, тотальная кожная синдактилия пальцев обеих стоп, умеренно выраженная варусная деформации стоп. Нарушение активной функции обоих плечевых суставов.

Рентгенограмма кистей рук и предплечий: врожденная аномалия развития кистей, костная синдактилия средних и ногтевых фаланг пальцев обеих кистей.

30.03.2010 года выполнена операция: реконструкция обеих кистей. Сформирован межпальцевой промежуток (рис. 2). Девочка овладела навыком щипкового захвата.

КТ головного мозга – признаки умеренно выраженных атрофических изменений вещества мозга лобно-теменной области, гидроцефалия.

ЭХО-графия мозга: признаки дилатации желудочков мозга с расхождением межполушарной щели до 8 мм, признаками отёка затылочной доли и сильвиевой борозды.

Девочка постоянно наблюдается неврологом по поводу выраженной задержки психомоторного и речевого развития (самостоятельно стала сидеть в 1,5 года, ходить только в возрасте 2 лет). С 3 лет наблюдается психиатром по поводу легкой умственной отсталости.

ЭХО-КГ: Умеренная недостаточность митрального клапана. Дисфункция трикуспидального клапана и клапана легочной артерии. Аномально расположенная хорда полости левого желудочка.

13.05.2011 года проведено исследование ДНК пациентки Ж. на наличие наиболее частых мутаций в гене FGFR2, ответственных за развитие синдрома Апера. Обнаружена мутация P253R в гетерозиготном состоянии.

На основании характерной клинической картины и обнаружения мутации P253R поставлен диагноз: синдром Апера.

Представленное наблюдение интересно как случай редко встречающегося синдрома акроцефалосиндактилии, обусловленного мутацией *P253R* в гене FGFR2, подтверждённый результатами молекулярно-генетического исследования.

Литература

1. Джонс, К.Л. Наследственные синдромы по Дэвиду Смиту : атлас-справочник : пер. с англ. / К.Л. Джонс. – М., 2011. – С. 492–505.
2. Козлова, С.И. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование : атлас-справочник / С.И. Козлова, Н.С. Демикова, Е. Семанова, О.Е. Блинникова. – М., 1996. – С. 21–24.
3. Руководство по педиатрии / под ред. А.А. Баранова, Б.С. Каганова, Р.Р. Шиляева. – Т.: Врождённые и наследственные заболевания / под ред. П.В. Новикова. – М. : ИД «Династия», 2007. – 544 с.
4. Кадурина, Т.И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб., 2009. – С. 218–264.
5. Лазюк, Г.И. Наследственные синдромы врождённых пороков развития / Г.И. Лазюк, И.В. Лурье, Е.Д. Черствой. – М., 1983. – С. 81–87.
6. Тёмин, П.А. Наследственные нарушения нервно-психического развития детей / П.А. Тёмин, Л.З. Казанцева. – М., 2001. – С. 328–330.
7. Колтунов, Д.Е. Синдром Апера: клинические проявления и этиология / Д.Е. Колтунов // Лечащий врач. – 2006. – № 5. – С. 16–20.
8. Чиркова, Г.Н. Два случая синдрома акроцефалосиндактилии / Г.Н. Чиркова, Т.В. Сорокина, Н.В. Новиков // Педиатрия. – 2003. – № 5. – С. 100–103.
9. Filkins, K. Prenatal ultrasonographic and molecular diagnosis of Apert syndrome / K. Filkins, J.F. Russo, S. Boehmer [et al.] // Prenat. Diagn. – 1997. – № 11. – P. 1081–1084.
10. Cohen, M.M. Birth prevalence study of the Apert syndrome / M.M. Cohen, S. Kreiberg, E.J. Lammer [et al.] // Am. J. Med. Genet. – 1992. – № 42. – P. 655–659.
11. Slaney, S.F. Differential effects of FGFR2 mutations on syndactyly and cleft palate in Apert syndrome / S.F. Slaney, M. Oldridge, J.A. Hurst [et al.] // Amer. J. Hum. Genet. – 1996. – № 5. – P. 923–932.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА АПЕРА У ДЕВОЧКИ

Л. Я. КЛИМОВ, Т. М. ВДОВИНА,
В. А. КУРЬЯНИНОВА, Н. Н. ПИСЬМЕНОВА,
С. В. ДОЛБНЯ, М. В. СТОЯН, Р. А. АТАНЕСЯН,
М. Э. АГАДЖАНЯН, И. А. СТРЕМЕНКОВА

Приведено описание редкого клинического случая синдрома акроцефалосиндактилии, подтвержденного мутацией P253R в гене FGFR2 у девочки 5 лет.

Ключевые слова: акроцефалосиндактилия, челюстно-лицевые дизморфии, мутация P253R

THE CASE OF APERT'S SYNDROME IN THE GIRL

KLIMOV L. YA., VDOVINA T. M.,
KURYANINOVA V. A., PISMENOVA N. N.,
DOLBNYA S. V., STOYAN M. V., ATANESYAN R. A.,
AGADGANYAN M. E., STREMENKOVA I. A.

The article presents case of acrochephalosyndactilia (Apert's syndrome) in the girl diagnosed by molecular and genetic analysis.

Key words: acrochephalosyndactilia, maxillofacial dysmorphism

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.24-002:618.24:616-006.3.04

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОНИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САРКОМОЙ МАТКИ

А. В. Ягода[1], Н. Н. Гладких[1], Н. В. Гаспарян[2]
[1]Ставропольская государственная медицинская академия
[2]Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи, Ставрополь

Неспецифические проявления злокачественных опухолей (паранеопластические реакции) известны клиницистам давно – после описания Труссо в 1865 году тромбофлебита при раке желудка. В отличие от прямых признаков опухоли, обусловленных её непосредственным воздействием (в том числе метастазов) на органы и ткани, паранеопластические реакции и синдромы объединяют разнообразные онкологические проявления, обусловленные опосредованным влиянием опухолевого процесса на метаболизм, иммунитет и функциональную активность регуляторных систем [8]. Наряду с изолированными (моносимптомными и моносиндромными) проявлениями паранеопластического синдрома (ПС), такими как лихорадка, симптомы «барабанных палочек», Рейно, узловатая эритема и др., встречаются системные, не отличимые по клинической картине от первичных форм заболеваний проявления, например, дерматомиозита, ревматоидного артрита, некоторых эндокринопатий. Изолированные и системные проявления ПС нередко встречаются у одного больного, помогая или (реже) препятствуя своевременной диагностике опухолевого процесса.

Патология легких как «мишень» паранеопластических реакций (исключая легочную тромбоэмболию в исходе паранеопластического тромбофлебита) встречается многократно реже поражения других органов и систем. Описаны случаи паранеопластической бронхиальной астмы у пациента с опухолью желудка [1], астмоидного бронхита при раке толстой кишки и молочной железы [3], случай идиопатического легочного фиброза у больного с раком прямой кишки [10], фиброзирующего альвеолита при новообразованиях желудка, гениталий [8], при миксоме левого предсердия [5], легочных инфильтратов Лёффлера при опухолях костей, поджелудочной железы, самого легкого, при гемобластозах [8]. Хорошо известны причинно-следственная связь рака легкого и идиопатического фиброзирующего альвеолита (ИФА) [2, 9, 11] и обусловленные этим проблемы диагностики.

Мы наблюдали случай интерстициального поражения легких у больной со злокачественным новообразованием матки.

Больная К., 43 лет, поступила в терапевтическое отделение 16.12.2008 года в плановом порядке.

При поступлении предъявляла жалобы на мучительный кашель – сухой или со скудной слизистой мокротой, одышку, повышение температуры до фебрильных цифр, периодически возникающие ознобы.

Кашель (преимущественно сухой) беспокоит с 2006 года. В апреле 2008 года после переохлаждения произошло усиление кашля, температура повысилась до 39 °С, появилась одышка при подъеме на второй этаж. За медицинской помощью обратилась только в августе 2008 года (температурная реакция все это время сохранялась в пределах 38 °С), обследовалась и лечилась в поликлинике и стационаре по поводу затяжного течения острого бронхита, интерстициальной пневмонии, экзогенного альвеолита с формированием легочного фиброза, миомы матки больших размеров, анемии. Проводились антибактериальная терапия, трансфузии эритроцитарной массы. С первых чисел октября 2008 года больная начала приём преднизолона (40 мг/сут), на этом фоне лихорадка исчезла, уменьшился кашель. Через 1 неделю после снижения дозы преднизолона до 20 мг/сут симптомы возобновились.

Ягода Александр Валентинович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной терапии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89064907330; e-mail: alexander.yagoda@gmail.com

Гладких Наталья Николаевна, доктор медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: 89682683497; e-mail: ngladkih@mail.ru

Гаспарян Нина Вагановна, заведующая терапевтическим отделением Краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи, Ставрополь; тел.: 89624536560

С 2004 года работает на производстве, имеет контакт с пылью шерсти. Наследственность не отягощена.

Больная пониженного питания (рост 166 см, вес 53 кг). Кожные покровы бледные, периферические лимфатические узлы не увеличены. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны звучные, акцент II тона во втором межреберье слева у края грудины. В легких на фоне везикулярного дыхания с обеих сторон выслушивается звучная крепитация. Живот безболезненный, мягкий. В гипогастрии (выше лонного сочленения) пальпируется плотное, бугристое, безболезненное образование (увеличенная матка).

Общий анализ крови: эр. $4{,}1 \times 10^{12}$/л, Hb 99,6 г/л, лейк. $7{,}36 \times 10^{9}$/л, с. 70 %, п. 3 %, лимф. 18 %, мон. 9 %, тромб. 348×10^{9}/л, СОЭ 68 мм/ч. Общий анализ мочи: плотн. 1,010, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты 1–1–2 в поле зрения, эпителий плоский 1–2–1 в поле зрения.

Общий белок 63 г/л, альбумин 36 г/л, билирубин 15,8 мкмоль/л (прямой 7 мкмоль/л), АсАТ 28 Ед/л, АлАТ 37 Ед/л, ГГТ 83 Ед/л, ЛДГ 203 Ед/л, щелочная фосфатаза 108 Ед/л. Холестерин 4,51 ммоль/л, мочевина 2,9 ммоль/л, креатинин 59,0 мкмоль/л, глюкоза крови 5,13 ммоль/л, сывороточное железо 5,5 мкмоль/л, протромбиновый индекс 95 %, фибриноген крови 10,1 г/л, калий 4,9 ммоль/л, кальций 2,05 ммоль/л, магний 0,83 ммоль/л, парапротеины типов каппа, лямбда классов IgA, IgM, IgG не обнаружены. Антигены СА 19-9, СА-125, уровни тиреоглобулина, трийодтиронина, свободного тироксина и ТТГ в пределах нормы.

Гемостазиограмма: на фоне увеличения общего количества тромбоцитов отмечается снижение агрегации с АДФ, усиление образования продуктов деградации фибриногена и фибрина.

Заключение иммунологического обследования: основные параметры иммунного статуса, уровень специфических IgE к антигенам грибов, трав, эпителия животных в пределах нормы.

HBsAg, анти-HCV, антитела к ВИЧ не обнаружены. Антитела к возбудителю бруцеллеза в сыворотке отсутствуют. Анализ мокроты на ВК, кровь на тифопаратифозную группу – отрицательны. Уровень антител к антигенам хламидии, микоплазмы, антиядерных, к двуспиральной ДНК не превышает нормальных значений.

Цитологическое исследование мокроты: клетки плоского эпителия полости рта.

ЭКГ: синусовая тахикардия (ЧСС 110 в 1 минуту). Электрическая ось сердца отклонена вправо. ЭхоКГ: умеренное увеличение полости обеих предсердий, пролапс передней стенки митрального клапана I степени. Дисфункция трикуспидального, аортального клапанов и клапана легочной артерии, аномально расположенная хорда в полости левого желудочка.

Данные ультразвукового исследования. Мелкоочаговое образование правой доли щитовидной железы солидного характера, диффузные изменения паренхимы железы. Повышение эхоплотности стенок желчного пузыря, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Признаки правосторонней пиелоэктазии.

ЭГДС: поверхностный гастродуоденит. Бронхоскопия – патологии не выявлено. Спирография: ДН I ст. по рестриктивному типу.

Рентгенография органов грудной полости: легочный рисунок усилен и деформирован за счет интерстициального компонента, деформирован перибронхиальными уплотнениями, корни структурны, синусы свободны, диафрагма на уровне VII ребра; сердце, аорта без особенностей.

КТ легких: легкие без признаков инфильтрации и очаговых изменений, пневмотизация ткани в кортикальных отделах умеренно понижена за счет утолщения и уплотнения интерстициального компонента. Корни структурные без дополнительных образований и увеличенных лимфатических узлов. Заключение: характер изменений в легких может быть проявлением дебюта интерстициального пневмонита. МРТ средостения: без патологии.

В соскобе из цервикального канала участки гипопластичного эндометрия постменструального периода.

Клинический диагноз. Интерстициальный пневмонит, лихорадка, ассоциированные с иммуногенетической активностью опухоли матки больших размеров. Анемия смешанного генеза.

В отделении гинекологии было проведено оперативное лечение.

Тело матки увеличено до 20-недельной беременности за счет миоматозного узла 15 см в диаметре мягкой консистенции, исходящего из передней стенки. При вскрытии узла – ткань с распадом. Проведена надвлагалищная ампутация матки с экспресс-исследованием удаленного органа. После получения результата экспресс-гистологии (саркома тела матки) объем операции расширен до удаления шейки матки и придатков. Ввиду наличия участков, похожих на метастазы в большой сальник, произведена его резекция. Поверхность, край печени гладкие, париетальная брюшина не изменена.

Макропрепарат. Тело матки 740 г, в толще передней стенки мягковатой консистенции миоматозный узел с распадом тканей, эндометрий гиперплазированный. Яичники 3х4 см, маточные трубы визуально не изменены, большой сальник с участками, напоминающими метастазы.

Патогистологическое исследование. Картина лейомиосаркомы фиброматозного узла с некрозами и кровоизлияниями. Инвазивный рост по периферии, инвазия в стенке сосудов в опухолевом узле. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с образованием складок. В операционном крае шейки опухоли не найдено, в сальнике метастазов не обнаружено.

Диагноз заключительный. *Основной:* лейомиосаркома в узле $T_1N_XM_0$, гр. 2, состояние после лапаротомии, экстирпации матки с придатками, резекции большого сальника. *Сопутствующий:* интерстициальный пневмонит, лихорадка, ассоциированная с иммуногенетической активностью опухоли матки, анемия.

В послеоперационном периоде наблюдалось исчезновение лихорадки, а при динамическом наблюдении – уменьшение одышки и рентгенологических изменений в легких.

Наблюдение характеризует редкий случай поражения интерстициальной ткани легких у больной с лейомиосаркомой матки без метастазов. Если ассоциация идиопатического легочного фиброза, особенно быстро прогрессирующего [12], и рака легкого, наблюдаемая примерно в 4–48 % случаев ИФА [4, 6, 10, 14, 15], рассматривается как результат собственно опухоли, обусловленный стимулирующим влиянием факторов роста и биогенных аминов на фибропластические процессы в строме и пролиферацию эпители-

альных клеток [4,13], то сочетание двух видов патологии, расположенных весьма отдаленно друг от друга и не связанных метастатическим процессом, представляет, на наш взгляд, классическую паранеоплазию.

Особенностью данного клинического случая является также то, что наряду с интерстициальным фиброзом легких как системным проявлением ПС у больной были представлены минимум три дополнительных изолированных паранеопластических симптома.

Это, во-первых, лихорадка, возникшая за 8 месяцев до госпитализации больной, сопровождавшаяся ознобами, что не входит в противоречие с её паранеопластическим генезом (тем более имела место некротизация опухолевого узла в матке). Лихорадки при опухолях связаны с продукцией самой опухолью эндогенных пирогенов – цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-α, интерферона), биологически активных веществ. Как некоторые другие паранеоплазии, лихорадки имеют иммунный генез [7], контролируемый глюкокортикостероидами (НПВС), и обычно исчезают после радикального удаления опухоли, что имело место у нашей пациентки. Во-вторых, анемия на фоне низких показателей сывороточного железа, которая в подобных случаях имеет смешанную природу (аутоиммунная, постгеморрагическая, гипопластическая) и обычно рефрактерна к лечению. В-третьих, усиленное образование продуктов деградации фибриногена и фибрина как проявление «онкологической коагулопатии» (хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания) в связи с массивным поступлением в кровоток тканевого тромбопластина при лизисе опухоли и выработкой опухолевыми клетками тромбогенных субстанций [8].

Одним из косвенных свидетельств в пользу паранеопластического генеза основных внеопухолевых симптомов у больной К. является исчезновение лихорадки, уменьшение одышки и рентгенологических признаков легочного фиброза в отдаленные сроки после удаления опухоли матки.

В заключение отметим, что паранеопластические реакции могут предшествовать локальным симптомам злокачественной опухоли иногда на несколько лет [7], что создает резерв времени для её диагностики. Но даже появление паранеоплазий одномоментно или вслед за «местной» клинической картиной бластоматоза имеет большое значение для правильной оценки принадлежности наблюдаемых локальных симптомов болезни.

Литература

1. Виноградова, О.М. Лихорадочные маски злокачественных опухолей / О.М. Виноградова, Е.М. Тареев, А.П. Соловьева // Тер. арх. – 1985. – № 6. – 119–124.
2. Гаспарян, Н.В. Трудности диагностики опухолей легких с «маской» фиброзирующего альвеолита / Н.В. Гаспарян, А.В. Ягода, М.И. Белоцерковская // Нац. конгресс по бол. органов дыхания, 6-й : сб. резюме. – Пульмонология. – 1996. – С.147 (547).
3. Дедкова, Е.М. Паранеопластические заболевания / Е.М. Дедкова, А.С. Рабен. – М. : Медицина, 1977. – 136 с.
4. Интерстициальные болезни легких : практическое руководство / под ред. Н.А. Мухина. – М. : Литтерра, 2007. – 432 с.
5. Моисеев, С.В. Миксома левого предсердия и фиброзирующий альвеолит / С.В. Моисеев, Е.Н. Попова, В.В. Фомин, Т.Н. Шовская // Клин. мед. – 2005. – № 6. – С. 77–80.
6. Мухин, Н.А. Интерстициальные болезни легких – клинические аспекты проблемы / Н.А. Мухин, В.В. Серов, Б.М. Корнев [и др.] // Тер. арх. – 1995. – № 5. – С. 68–71.
7. Тареев, Е.М. Паранеопластические реакции в терапевтической клинике / Е.М. Тареев, Н.А. Мухин, А.П. Соловьева // Тер. арх. – 1983. – № 10. – С. 3–5.
8. Терентьев, В.П. Паранеопластический синдром / В.П. Терентьев, М.М. Батюшин, И.С. Дерижанова, М.З. Гасанов. – Ростов н/Д : РГМУ, 2010. – 157 с.
9. Harris, J.M. Cryptogenic fibrosing alveolitis and lung cancer: the BTS study / J.M. Harris, I.D. Johnston, R. Rudd [et al.] // Thorax. – 2010. – Vol. 65, № 1. – P. 70–76.
10. Haviv, Y.S. Idiopathic pulmonary fibrosis associated with rectal carcinoma – a paraneoplastic syndrome or coincidence? / Y.S. Haviv, M.R. Kramer, R. Safadi // Am. J. Gastroenterol. – 1998. – Vol. 93, № 5. – P. 838–839.
11. Kogan, E.A. Idiopathic fibrosing alveolitis and bronchioloalveolar cancer / E.A. Kogan, B.M. Kornev, R.A. Shukurova // Arkh. Patol. – 1991. – Vol. 53, № 1. – P. 60–64.
12. Koyama, S. Decreased level of vascular endothelial growth factor in bronchoalveolar lavage fluid of normal smokers and patients with pulmonary fibrosis / S. Koyama, E. Sato, M. Haniuda. [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – Vol.166, № 3. – P. 382–385.
13. Kuwano, K. The role of apoptosis in pulmonary fibrosis / K. Kuwano, N. Hagimoto, Y. Nakanishi // Histol. Histopathol. – 2004. – Vol.19, № 3. – P. 867–881.
14. Oshikawa, K. Serum anti-p53 autoantibodies from patients with idiopathic pulmonary fibrosis associated with lung cancer / K. Oshikawa, Y. Sugiyama // Respir.Med. – 2000. – Vol. 94. – P. 1085–1091.
15. Uematsu, K. Aberrations in the fragile histidine triad (FHIT) gene in idiopathic pulmonary fibrosis / K. Uematsu, A. Yoshimura, A. Gemma [et al.] // Cancer. Res. – 2001. – Vol. 61. – P. 8527–8533.

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОНИТ, АССОЦИИРОВАННЫЙ С САРКОМОЙ МАТКИ

А. В. ЯГОДА, Н. Н. ГЛАДКИХ,
Н. В. ГАСПАРЯН

Представлен клинический случай опухоли матки (саркомы) большого размера с паранеопластическими проявлениями в виде интерстициального процесса в легких, лихорадки, анемии и коагулопатии.

Ключевые слова: саркома матки, интерстициальный фиброз легких, паранеоплазия

INTERSTITIAL PNEUMONITIS ASSOCIATED WITH SARCOMA OF UTERUS

YAGODA A. V., GLADKIKH N. N.,
GASPARYAN N. V.

A case of uterus tumor (sarcoma) of large size with paraneoplastic features is given. The paraneoplastic features were represented by interstitial process in lungs, fever, anemia and coagulopathy.

Key words: sarcoma of uterus, interstitial fibrosis of lungs, paraneoplasia

© М.А. Ашихмина, К.Р. Амлаев, 2012
УДК 614.2:614.255.1

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДА СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

М. А. Ашихмина, К. Р. Амлаев
Ставропольская государственная медицинская академия

Основные принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) были сформулированы Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), Объединенной программой организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС) и Советом Европы в 1998 году [13]. Они определяют пять необходимых компонентов этой деятельности:

1. Информационно-просветительская работа.
2. Обеспечение доступности социальных служб и услуг здравоохранения для всех нуждающихся.
3. Активная работа среди ПИН.
4. Обеспечение ПИН стерильными инъекционными инструментами.
5. Предоставление ПИН возможности получать заместительную терапию.

Эксперты ВОЗ, ЮНЭЙДС рекомендуют государствам учитывать данные принципы при разработке национальных программ контроля и регулирования оборота наркотических средств и программ борьбы с ВИЧ/СПИДом. В рекомендациях подчеркивается, что стратегии и программы в этих областях должны учитывать специфическую задачу – снижение уровня распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН. Программы, направленные на профилактику вредных последствий, связанных с употреблением наркотиков (инфицирование ВИЧ), получили название программ «снижения вреда».

Одна из основных задач в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди ПИН состоит в том, чтобы привлечь ПИН в программы здравоохранения и стимулировать их добровольное обращение в медицинские и социальные учреждения. В силу того, что приобретение и употребление наркотиков являются противоправными действиями и порицаются обществом, ПИН неохотно идут на контакт с медицинскими службами. Цель программ снижения вреда состоит как раз в том, чтобы наладить контакт между людьми, потребляющими наркотики, и медицинскими и социальными службами.

Употребление любых психоактивных веществ (ПАВ) приводит к изменению состояния психики, снижению контроля над поведением и провоцирует его формы, связанные с инфицированием ВИЧ-инфекцией, в частности незащищенный секс и инъекционное употребление наркотиков.

Ашихмина Марина Анатольевна, главный врач
Городской поликлиники № 2, Ставрополь;
тел.: (8652)383894, 89283180604;
e-mail: kum672002@mail.ru, gcmpstav@yandex.ru

Амлаев Карэн Робертович, доктор медицинских наук,
профессор кафедры «Общественное здоровье
и здравоохранение»
Ставропольской государственной медицинской академии;
главный врач Городского центра медицинской профилактики,
Ставрополь

В рамках антинаркотической профилактики особое внимание уделяется формированию установок на отказ от употребления любых наркотических веществ. Установка обусловливает связь между поступающей информацией и упорядоченностью поведения, благодаря чему информация влияет на человека. Иными словами, чтобы информация о вреде употребления наркотиков и безопасном поведении в ситуациях риска употребления наркотических средств действительно определяла поведение ребенка или подростка, необходимо формирование антинаркотической установки. Это особенно важно в условиях, когда уязвимость большинства молодых людей по отношению к инфицированию ВИЧ и употреблению наркотических средств вызвана не столько недостатком информации, сколько неспособностью молодого человека или подростка соединить имеющиеся знания с осознанием реального риска и необходимостью изменить поведение [2, 3].

Программы по уходу, поддержке и лечению способствуют профилактике за счет ДККТ (добровольное конфиденциальное консультирование и тестирование), а также предоставления уязвимым группам и лицам, живущим с ВИЧ (ЛЖВ), услуг в области здравоохранения, информации и профилактических средств [7].

Поскольку наибольшее число заражений ВИЧ в мире происходит половым путем и при инъекциях наркотиков, то есть в процессе поведения, которое человек в большинстве случаев может изменять и контролировать по собственной воле, основную часть профилактической работы составляют так называемые «поведенческие вмешательства» – просвещение, обучение и поддержка, направленные на снижение индивидуального риска заражения [5, 11].

Попытки изменить поведение людей, особенно когда речь идет о таких сферах, как секс и употребление наркотиков, сталкиваются с множеством препятствий на уровне государственной политики, традиционной культуры и религии, общества и конкретного сообщества, а также, разумеется, на уровне отдельной личности. Нередко действия (такие, например, как обмен игл и заместительная терапия для наркопотребителей, сексуальное просвещение молодежи и другие), потребность в которых диктует эпидемия СПИДа, входят в противоречие с существующими представлениями об охране общественного здоровья и нравственности. В таких случаях обществу рано или поздно приходится ради спасения жизни своих граждан отказываться от устаревших стереотипов мышления и менять запретительное законодательство и дискриминационную политику, мешающие борьбе с эпидемией. К сожалению, во многих случаях такие изменения предпринимаются лишь в критической ситуации, когда эпидемия уже нанесла огромный урон [17].

Усилия по образованию и профилактике, направленные на гетеросексуальную передачу ВИЧ, также

должны учитывать сексуальную культуру гетеросексуальных мужчин.

Эффективные подходы к профилактике ВИЧ должны быть чувствительны к гендеру. Они должны способствовать уверенности женщин и мужчин в вопросах безопасного секса, должны бросать вызов неравенству в отношениях, а также узкому определению гендерных ролей. Также они должны трансформировать те сексуальные отношения, которые способствуют распространению ВИЧ.

Поскольку ВИЧ-инфекция не излечивается радикально, главным орудием в борьбе с распространением инфекции является профилактика – предотвращение новых заражений. Профилактика ВИЧ-инфекции имеет несколько направлений:

1. Вакцины. Вакцины спасли человечество от многих опасных инфекционных заболеваний. В мире ведется активный поиск «прививки от ВИЧ-инфекции». Несмотря на некоторые обнадеживающие результаты, говорить об изобретении такой вакцины пока рано.
2. Пропаганда безопасного сексуального поведения. Главным принципом профилактики остается тот же – предоставить людям достаточно широкий выбор безопасного поведения: от полной абстиненции до использования презерватива, включая безопасный секс «без проникновения» [11].
3. Снижение риска заражения ВИЧ при употреблении наркотиков. Это направление профилактики особенно важно для России, поскольку большинство новых случаев заражения ВИЧ происходят именно при употреблении инъекционных наркотиков. Значительная доля заражений приходится на половых партнеров наркопотребителей, а также на детей, рожденных от ВИЧ-положительных матерей, употреблявших наркотики или заразившихся от наркозависимого партнера. При этом следует помнить, что нереально требовать от всех больных наркоманией немедленного отказа от наркотиков. По данным российских и западных специалистов, в конкретный момент времени не более 10 % всех наркопотребителей в стране морально и физически готовы отказаться от наркотиков полностью. Чтобы снизить распространение ВИЧ-инфекции, потребителям инъекционных наркотиков необходимо предоставить выбор: либо прекратить потребление, либо перейти на стратегию «снижения риска при употреблении наркотиков» или «снижения вреда, наносимого наркотиками».
4. Изменение рискованного поведения. Задача профилактики – убедить людей добровольно и на длительный срок изменить свое поведение, сделав его более безопасным. Как этого достичь? Существует ряд психологических закономерностей изменения поведения. Добровольный отказ от устойчивых привычек, как правило, не происходит сразу, а представляет собой более или менее длительный процесс, на протяжении которого человек проходит несколько этапов. На каждом из этапов человеку, меняющему свое поведение, требуется соответствующая информация и поддержка [14].

Смешанную по своему составу группу повышенного риска заражения ВИЧ представляют заключенные, которые, кроме того, представляют группу, имеющую ограничения по доступу к медицинской помощи и информации. Наряду с этими контингентами повышенному риску заражения подвергаются и некоторые другие группы населения. К ним можно отнести, например, лиц, постоянно меняющих место пребывания, то есть разного рода путешественников и мигрантов. Эти же группы могут иметь ограниченный по сравнению с местным населениям доступ к профилактическим мероприятиям.

Мужчины, имеющие сексуальные связи с мужчинами (МСМ), исторически считаются особенно уязвимыми для инфицирования ВИЧ. В группу МСМ наряду с мужчинами-гомосексуалистами, вступающими в половые связи исключительно с мужчинами, входят также мужчины-бисексуалисты, которые вступают как в гомосексуальные, так и в гетеросексуальные связи.

Стигматизация и дискриминация МСМ (гомофобия) являются часто встречающимися факторами, препятствующими эффективному проведению профилактических мероприятий. Любые элементы гомофобии, проникающие в информационные материалы, могут приводить к тому, что МСМ будут отрицательно реагировать и на полезную для них информацию. Традиционно считается, что наибольшего эффекта в области профилактики ВИЧ среди МСМ удается достигнуть, привлекая к этой работе самих МСМ, действующих непосредственно в этом закрытом сообществе [10].

Профилактика и лечение ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп, таких как ПИН, секс-работники (СР), осужденные, отбывающие наказание в местах лишения свободы и др., также направлены и на укрепление общественного здоровья в целом. В соответствии с законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» всем гражданам РФ независимо от принадлежности к той или иной социальной группе гарантирован доступ к профилактическим услугам, медицинской помощи, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции.

Для успешной борьбы с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков необходимо сочетать профилактические мероприятия с обеспечением широкого доступа уязвимых групп к антиретровирусной терапии – в комплексе с медико-социальной поддержкой, программами по снижению вреда и формированию приверженности лечению. Для достижения таких труднодоступных социальных групп, как ПИН, в рамках программ снижения вреда проводятся различные мероприятия: информирование и консультирование ПИН, в том числе по принципу «равный обучает равного» (когда консультирование проводится самими ПИН, ставшими участниками программы снижения вреда, или бывшими ПИН), бесплатное предоставление презервативов, обмен использованных инъекционных принадлежностей на стерильные иглы и шприцы, а также обеспечение облегченного доступа к медицинским услугам и социальному сервису. Работа по охвату ПИН обычно проводится специалистами учреждений здравоохранения и общественными организациями с привлечением «равных консультантов», которые обеспечивают непосредственные контакты с целевой группой в процессе уличной социальной работы [8].

Эта работа способствует привлечению клиентов в программы снижения вреда, обеспечивает донесение информации о безопасных практиках до тех, кто таких программ не посещает [7].

Для обеспечения всех нуждающихся ПИН необходимой помощью в проектах снижения вреда медицинские и социальные услуги для этой категории предоставляются низкопороговыми, то есть легко до-

ступными, службами: клиент получает помощь в максимально удобной форме в зависимости от его нужд. В основе организации низкопороговых служб лежат такие принципы, как анонимность, удобный график работы, удобное расположение, бесплатное оказание услуг, уважение и доброжелательное отношение к клиенту со стороны персонала и т. д.

Важным пунктом в рекомендациях ВОЗ, Совета Европы и ЮНЭЙДС является обеспечение ПИН стерильными инъекционными инструментами с целью снижения риска совместного их использования. Программы обеспечения доступа к инъекционному инструментарию называют «программами игл и шприцев» либо «программами обмена игл и шприцев» (ПОШ). Такие программы появились в середине 1980-х годов в Великобритании, Германии, Нидерландах и других европейских странах. С тех пор ПОШ были открыты по всему миру – в странах, где стояла проблема распространения ВИЧ среди ПИН. Сегодня эти программы действуют в более чем 40 странах мира [18].

Предоставление доступа к стерильному инструментарию считается фундаментальным компонентом любой комплексной эффективной программы профилактики ВИЧ и лежит в основе стратегии профилактики ВИЧ среди ПИН Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу [3].

Страны, подписавшие в 2001 году «Декларацию о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом» (в том числе и Российская Федерация), также признали первоочередную важность расширения программ обмена игл и шприцев для предотвращения распространения ВИЧ-инфекции среди ПИН [6].

Несмотря на очевидные положительные сдвиги, полноценному обеспечению лечением ВИЧ-положительных сегодня препятствуют следующие факторы:

- около 50–60 % нуждающихся в лечении находятся вне поля зрения медиков. В основном это ПИН, для которых доступ к медицинским услугам затруднен;
- отсутствует эффективная координация между различными структурами при осуществлении закупок лекарственных препаратов в регионах; не всегда обеспечивается стабильность поставок;
- развитие инфраструктуры (в первую очередь специализированных медицинских учреждений – центров по профилактике и борьбе со СПИД) происходит с отставанием от возросших потребностей и возможностей в предоставлении лечения;
- не отлажены механизмы взаимодействия между различными медицинскими и социальными программами, такими как центры по профилактике и борьбе со СПИД, наркологические диспансеры, туберкулезные диспансеры, программы снижения вреда и др.

В свете изложенных выше фактов необходимо сосредоточить усилия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп в следующих областях: координации усилий и партнерства, финансирования, прав человека. Изменить ситуацию с ВИЧ были призваны ряд международных проектов, работающих в России.

Донести спасительную информацию до тех, кому она предназначена, довольно сложно. Еще сложнее побудить этих людей изменить привычное поведение. Для этого проводятся акции, выпускаются профилактические материалы, разрабатываются комплексные программы.

Одноразовые акции, такие как благотворительный концерт или телемарафон, ценны тем, что привлекают внимание общества к проблеме и дают возможность известным, популярным и обладающим властью людям выразить свое отношение к ней. Успешно проведенные акции помогают привлечь средства для борьбы с эпидемией. Но реально изменить повседневное поведение людей такая акция не в состоянии. Для этого нужна долгосрочная и целенаправленная профилактическая программа [1].

Данные исследований говорят о том, что практически все эффективные программы профилактики ВИЧ/СПИДа, нацеленные на изменение опасного поведения, имеют общие черты независимо от того, где они проводятся. В таких программах присутствует конкретная целевая группа по таким параметрам, как пол, возраст, сексуальная ориентация, этнические/культурные характеристики, характер рискованного поведения, социальное окружение, условия жизни, и выбрана целевая группа, поведение которой наиболее рискованно.

В соответствии с рекомендациями ООН в регионах, где более 5 % потребителей наркотиков являются ВИЧ-положительными, для предотвращения роста числа новых случаев ВИЧ-инфекции показатели охвата услугами по профилактике должны составлять не менее 60 % целевой популяции. Как было показано ранее, уровень инфицирования ВИЧ, превышающий 5 % от числа зарегистрированных потребителей инъекционных наркотиков, отмечается в 46 регионах страны, а охват потребителей инъекционных наркотиков программами профилактики в Российской Федерации составляет 13,6 %, что не позволяет достигнуть максимальных показателей эффективности.

В 2006 году десять проектов по профилактике ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков, в которых осуществлялся обмен инъекционного оборудования, получили финансирование в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье». Однако из-за отсутствия поддержки силовых структур количество таких проектов сократилось до двух в 2008 году [15].

В 2009 году компоненты снижения вреда, а в 2010 году и другие направления профилактики в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» профинансированы не были. Это сопровождалось высказываниями некоторых российских специалистов о том, что финансирование профилактических программ, к числу которых относятся программы снижения вреда, не привело к уменьшению числа новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции.

В 2008–2009 годах, по причинам политического и экономического характера, отмечалось также сокращение объемов финансовой и технической помощи в борьбе с распространением ВИЧ-инфекции, предоставляемой России различными международными организациями. Таким образом, можно прогнозировать дальнейшее сокращение количества профилактических программ для представителей уязвимых групп [16].

Так, помимо ограниченного финансирования, уменьшение числа организаций в субъектах РФ, готовых проводить программы снижения вреда, объясняется также стремлением избежать возможных проблем – до настоящего времени в ряде регионов отсутствует возможность проведения таких мероприятий, как обмен шприцев и предоставление презервативов в связи с противодействием региональных властей.

Практика реализации программ снижения вреда предполагает активное участие профильных специалистов, таких как нарколог, дерматовенеролог, гинеколог, инфекционист, фтизиатр, психолог, юрист, социолог, эпидемиолог, специалист по социальной работе, терапевт, медсестра, хирург, гепатолог; 30 % всего персонала, который работает по программам пятого раунда Глобального фонда, составляют аутрич-работники, то есть представители целевой группы, потребители, которые находятся в ремиссии. Таким образом, программы снижения вреда также создают рабочие места для представителей уязвимых групп.

Несмотря на то что в настоящее время мероприятия, направленные на снижение вреда от употребления наркотиков и предупреждение распространения ВИЧ-инфекции и других заболеваний в среде ПИН, реализуются более чем в 70 странах мира (включая США и Китай), Российская Федерация входит в число стран, где программы снижения вреда на государственном уровне не поддерживаются и реализуются в основном некоммерческими организациями в рамках проектов Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Эпидемиологические исследования, проводимые в обязательном порядке в рамках проектов снижения вреда, свидетельствуют о том, что у большинства участников отмечается снижение рискованной практики совместного использования инфицированного инструментария; многие из них, получив направления, обращаются в инфекционные стационары, кожно-венерологические диспансеры, программы лечения и реабилитации наркозависимости [9].

В рамках изучения эффективности программ снижения вреда российских городах с различной степенью активности этих программ проводилось сравнение показателей распространенности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди участников и не участников программ. Все новые случаи инфицирования ВИЧ были отмечены среди тех, кто не участвовал в программах снижения вреда [12].

В другом, более позднем исследовании проведено сравнение клиентов программы снижения вреда с группой лиц, которая не участвовала ни в каких программах снижения вреда. Суммарная оценка за два года продемонстрировала почти двукратное снижение риска инфицирования ВИЧ среди участников программы снижения вреда. Вместе с тем авторы данного исследования отмечают, что даже в случае эффективности программы снижения вреда риск инфицирования у потребителя остается достаточно высоким, составляя около 2 % [4].

Таким образом, осуществление профилактики ВИЧ-эпидемии среди представителей уязвимых групп требует учета множества факторов: пола, возраста, уровня образования, социального контекста и других. Факторы политического и экономического характера могут существенно сказаться на эффективности осуществляемых профилактических интервенций.

Литература

1. Бурабаева, А.А. Вирус иммунодефицита человека : учеб. пособие для студ. вузов и спузов / А.А. Бурабаева, К.О. Джусупов. – Бишкек, 2006. – 70 с.
2. Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом : резюме. – ЮНЭЙДС, 2002. – URL: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2002/jc668-keepingpromise_ru.pdf
3. Декларация о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом. Принята резолюцией S-26/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи от 27 июня 2001 года. – URL: http://www.healthrights.am/rus/more/705/
4. Инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ-инфекция и эффективность программ снижения вреда в Российской Федерации / С.Л. Плавинский [и др.]. – М., 2009. – 48 с.
5. Концепция превентивного обучения в области профилактики ВИЧ/СПИД в образовательной среде. – М., 2005. – 4 с.
6. Краткая информация для выработки политики: антиретровирусная терапия и потребители инъекционных наркотиков. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу / ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН. – Женева, 2005. – С. 3–9.
7. Краткая информация для выработки политики: предоставление стерильных принадлежностей для инъекций с целью сокращения ВИЧ-инфицирования. Данные для противодействия ВИЧ/СПИДу и употреблению инъекционных наркотиков / ВОЗ/ЮНЭЙДС/УНП ООН. – Женева, 2004. – URL: http: //advo.harmreduction.ru/documents/doc_26.pdf.
8. Лаврова, К. Управление персоналом программ профилактики ВИЧ-инфекции в закрытых целевых группах : информ.-метод. материалы / К. Лаврова, А. Бидординова. – М., 2003. –19 с.
9. Национальный доклад Российской Федерации о ходе выполнения Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом за 2006–2007 годы. – URL: http://www.unaids.ru/files/documents/ru369.pdf
10. Организация профилактики ВИЧ-инфекции среди различных групп населения : метод. рек. / Мин-во здравоохр. и соц. развития РФ, 20 декабря 2006 г., № 6834-РХ (Д). – М., 2006.
11. Позиционный документ по вопросам использования презервативов и профилактики ВИЧ. – Женева : ЮНЭЙДС/ЮНФПА/ВОЗ, 2004. – URL: http://www.unaids.ru/files/publications/forum/profilaktika_HIV_rus.pdf
12. Предварительные результаты когортного исследования по оценке эффективности российских программ обмена шприцев / К.М. Ерошина [и др.] // Материалы Международной научно-практической конференции. – г. Суздаль, 2004. – С. 200–202.
13. Принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди людей, употребляющих наркотики инъекционным путем / ВОЗ. – Копенгаген, 1998. – 27 с.
14. Профилактика ВИЧ/СПИДа и наркомании среди подростков и молодежи : метод. пособие по проведению обучающих семинаров-тренингов / Ю. А. Вторушина [и др.]. – Томск : Велес-Пресс, 2004. – С.10–11.
15. Роль приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в реализации стратегии борьбы с эпидемией ВИЧ-инфекции в Российской Федерации: стеногр. совместного заседания Межфракционной депутатской рабочей группы по вопросам профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими социально значимыми инфекционными заболеваниями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – 2009. – URL: http://duma.hivpolicy.ru/events/09.04.2009/62.

16. Туманова, М.С. Ключевые показатели по выполнению Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом, отчетный период 2008–2009 гг.: презентация на заседании рабочей экспертной группы по мониторингу и оценке эффективности деятельности по противостоянию эпидемии ВИЧ-инфекции в Российской Федерации 18 февраля 2010 года. – URL: http://admin.rospotrebnadzor.ru/files/directions_of_activity/international/39835.pdf
17. Усиление профилактики ВИЧ: Позиционный документ по вопросам политики. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. – М. : ЮНЭЙДС, 2006. – URL: http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/JC1165-Intensif_HIV-NewStyle_ru.pdf
18. Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper (UNAIDS/05.18E). – Geneva, 2005. – URL: http://data.unaids.org/Governance/PCB04/PCB_17_05_03_en.pdf

ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДА СРЕДИ УЯЗВИМЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

М. А. АШИХМИНА, К. Р. АМЛАЕВ

Рассматриваются основные принципы профилактики ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Описывается необходимость привлечения ПИН в профилактические программы здравоохранения и стимулирования их добровольного обращения в медицинские и социальные учреждения. Для успешной борьбы с распространением ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков необходимо сочетать профилактические мероприятия с программами по снижению вреда и формированию приверженности лечению. Предоставление доступа к стерильному инструментарию считается фундаментальным компонентом любой комплексной эффективной программы профилактики ВИЧ и лежит в основе стратегии профилактики ВИЧ среди ПИН Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу.

Ключевые слова: ВИЧ, СПИД, потребители инъекционных наркотиков (ПИН), снижение вреда

HIV/AIDS PREVENTION AMONG VULNERABLE GROUPS

ASHIKHMINA M. A., AMLAEV K. R.

The article deals with the basic principles of prevention of HIV infection among injecting drug users (IDUs). The article describes the need to engage IDUs in prevention programs and health promotion of voluntary treatment in health and social services. To successfully combat the spread of HIV among injecting drug users need to combine prevention efforts with programs to reduce the harm and the formation of adherence. Providing access to sterile tools is a fundamental component of any comprehensive HIV prevention programs effective and is the basis for strategies to prevent HIV among IDUs Joint United Nations Programme on HIV / AIDS.

Key words: HIV, AIDS, injecting drug users (IDUs), harm reduction

© Р. Р. Калиев, И. Т. Муркамилов, 2012
УДК 616.1;616.1242;616.127-005.8;616.155.194;616.61-002.2

РЕНАЛЬНАЯ АНЕМИЯ И КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Р. Р. Калиев, И. Т. Муркамилов
Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

Общепризнанно, что факторы риска и прогрессирования хронических болезней почек (ХБП) по многим позициям совпадают с факторами риска развития сердечно-сосудистой патологии (ССП). Сегодня активно изучается роль модифицируемых факторов риска в развитии не только ССП, но и ХБП [2, 7, 10, 13, 14, 15, 21]. Так, на основании обследования 1422 лиц с наличием и без ХБП было выявлено, что у пациентов с ХБП отмечалось ухудшение функционального состояния миокарда и повышение жесткости периферических сосудов [1]. В некоторых исследованиях продемонстрировано, что при ХБП часто встречается атеросклеротическое поражение артерий, которое обнаруживается у 60 % больных старше 50 лет. Также многочисленные исследования продемонстрировали, что при терминальной почечной недостаточности (ТПН) структурно-функциональные изменения магистральных артерий развиваются в основном за счет гипертрофии интимы и медии, приводя к их ригидности [27]. Кроме того, снижение количества эритроцитов способствует росту оксидантной активности, что стимулирует пролиферацию гладкомышечных клеток сосудов. Данные эффекты реализуются под влиянием специфических для ХБП факторов, таких как гипергидратация, наличие артериовенозной фистулы и анемии в том числе [37].

Общеизвестно, что часть пациентов с ХБП не доживает до наступления ТПН, что обусловлено высокой частотой летальных сердечно-сосудистых осложнений. В США рост ТПН среди больных ХБП составляет 9 % в год, а примерно 50 % больных ТПН умирают от кардиоваскулярных нарушений. При этом по мере снижения азотовыделительной функции почек суще-

Калиев Рысбек Рысмамбетович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапии общей практики с курсом семейной медицины Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева;
тел.: +996555484879

Муркамилов Илхом Торобекович, аспирант кафедры терапии общей практики с курсом семейной медицины Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева;
тел.: +996557221983, 0312625690;
e-mail: murkamilov.i@mail.ru

ственное значение приобретают «нетрадиционные», так называемые «почечные» факторы кардиоваскулярного риска [8,1], к которым относятся протеинурия, избыточная активация ренин-ангиотензиновой системы, гипергомоцистеинемия, нарушение фосфорно-кальциевого обмена и снижение продукции эритропоэтина с развитием анемии. Поэтому в последние десятилетия ведутся интенсивные исследования по изучению взаимосвязи ренальной анемии с фатальными и нефатальными кардиоваскулярными событиями. Исследованиями последних лет показано, что наличие анемии у лиц с ХБП значительно осложняет течение острой ССП, в ряде случаев затрудняет их распознавание и лечение. В.Н. Ларина и соавт. [6], изучив значимость анемии у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), показали, что в группе больных ХСН анемия также ассоциировалась с низким клиренсом креатинина. Однако у 39,7 % больных с анемией причину снижения Hb выявить не удалось.

Таким образом, персистирующая анемия при ХБП негативно влияет как на саму почку, так и на сердечно-сосудистую систему. Основное влияние анемии на скорость прогрессирования ХБП, как известно, осуществляется через тканевую гипоксию. Уменьшенное количество эритроцитов приводит к снижению доставки кислорода к тканям, в том числе к почкам. В результате стимулируются процессы эпителиально-мезенхимальной трансформации клеток канальцев и высвобождается ряд провоспалительных молекул, таких как TNF-α, ИЛ-1, ИФН-γ. Повышение концентрации этих молекул, во-первых, подавляет секрецию эритропоэтина, пролиферацию клеток эритроидного ростка костного мозга и препятствует поступлению к ним железа из макрофагов [36]; во-вторых, может способствовать ремоделированию левого желудочка и ускорению апоптоза кардиомиоцитов [28]. Таким образом, активируется основной, по мнению большинства авторов, механизм прогрессирования патологического процесса в почках и миокарде, приводящий к развитию интерстициального фиброза [17]. Кроме того, неповрежденные нефроны испытывают повышенную функциональную нагрузку, следовательно большую потребность в кислороде, поэтому гипоксия способствует дальнейшему повреждению интактных нефронов. При этом усугубляется внутриклубочковая гипертензия, увеличивается уровень протеинурии вплоть до развития нефротического синдрома.

В последние годы ряд исследований показал, что при длительном существовании нефротической протеинурии развивается дефицит железа из-за потери трансферрина с мочой. Кроме того, возникает недостаточность фолиевой кислоты и витамина B_{12} из-за нарушения их всасывания в кишечнике. Таким образом, нередко при ранних стадиях ХБП развивается анемия при сохранной фильтрационной функции почек [9, 33]. В этих случаях тяжесть анемии не соответствует уровню азотемии [6]. Анемия повышает риск прогрессирования ХБП, например каждое снижение гемоглобина (Hb) на 1 г/дл повышает вероятность наступления терминальной стадии ХБП на 11 %, а после начала диализа большая вариабельность Hb ассоциируется с увеличением смертности на 33–45 % [36, 20]. В другом исследовании было обнаружено, что каждое увеличение вариабельности Hb на 10 г/л приводит к росту смертности на 33 %, а в пределах 15 г/л – на 53 % [41]. В исследовании W. Keane и соавт. [30] у больных СД 2 типа выраженность анемии также явилась фактором риска удвоения сывороточного креатинина, развития ТПН и смерти больных. В другом исследовании DOPPS (Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) у 26 510 пациентов из центров Medicare уровень смертности прямо коррелировал с интенсивностью колебания Hb [35]. Таким образом, сохраняющая анемия при ХБП негативно влияет на почечную выживаемость, значительно сокращает додиализный период [4, 5], а на этапе терапии диализом служит независимым фактором смертности [6, 38]. При этом анемия стимулирует пролиферативные и фиброзирующие процессы во всех внутренних органах. Названные процессы реализуются через усиление экспрессии генов факторов роста и гормонов, опосредующих вазоконстрикцию [19]. В современной литературе вышеназванный механизм описывается как «кардио-ренально-анемический синдром», указывающий на тесную взаимосвязь между ХБП, ХСН и анемией [39].

По данным многочисленных исследований, на терминальной стадии ХПН сердечно-сосудистый риск превышает таковой в общей популяции в 20–30 раз, а кардиальная летальность в 10–20 раз выше [31]. Также примерно у половины пациентов с ХПН в течение двух лет от начала гемодиализа развиваются фатальные инфаркты миокарда (ИМ), что отчасти связано с присутствием анемического синдрома. По данным C.A. Herzog и соавт., к концу первого года почечной заместительной терапии ИМ возникает у 30 % пациентов, к концу второго года – у 52 % [27]. Отмечено, что внутрибольничная летальность при ИМ составила 21 % – при тяжелой почечной недостаточности и 30 % – в терминальной стадии ХБП. У пациентов с диабетической нефропатией анемия была связана с увеличением риска ИМ и смерти от коронарной болезни сердца и мозгового инсульта [44]. Значение анемии как фактора риска гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) известно давно и подтверждается данными о благоприятных кардиоваскулярных эффектах при коррекции анемии у пациентов с ХБП [31]. Показано также, что выраженная ГЛЖ увеличивает общую летальность в 4 раза, риск острого ИМ – в 3–6 раз [3]. С анемией также связывают наиболее неблагоприятный, эксцентрический вариант ГЛЖ, распространенность которого при ХБП намного выше, чем в общей популяции. Если в популяции его частота составляет 20 %, то при ХБП она возрастает до 25–50 % [11, 23]. В преддиализных стадиях ХБП чаще встречается патологический тип ремоделирования, а в диализе, в частности у женщин, преобладает концентрический вариант ГЛЖ [13]. С развитием последнего варианта также связывают формирование тяжелой формы ХСН. При отсутствии артериальной гипертонии у больных с преддиализной и диализной стадиями ХБП концентрическая и эксцентрическая ГЛЖ регистрируются с одинаковой частотой. Поражение сердца в данных случаях, как правило, связано с наличием анемии, осложняющей течение ХБП [24, 25]. По данным R.N. Foley и соавт., перед началом диализной терапии концентрический тип ГЛЖ наблюдается у 41 % больных [22] и является важным независимым фактором риска, госпитализации и смертности от ССП [14, 38]. Частота и выраженность ГЛЖ увеличиваются по мере падения концентрации Hb у лиц с ХБП. Так, при снижении Hb на 10 г/дл риск развития ГЛЖ увеличивается на 6 % [33]. В другом исследовании отмечено, что снижение Hb на 1 г/дл ассоциировалось с повышением кардиоваскулярной летальности на 18–25 % [20, 26, 45]. У больных с ХПН обнаружена обратная связь между тяжестью анемии и массой миокарда левого желудочка. Со временем гипертрофированный миокард становится плацдармом патофизиологических реакций, где развивается электрическая нестабильность, повышается активность эктопических очагов,

а имеющийся значительный электролитный дисбаланс может оказывать аритмогенное действие. Внезапная сердечная смерть (преимущественно аритмического генеза) встречается на терминальной стадии ХБП достаточно часто – примерно в 50 % всех случаев смерти от сердечно-сосудистых причин. Помимо этого, имеются клинические исследования, показавшие наличие взаимосвязи между повышенной концентрацией цитокинов и массой миокарда левого желудочка у пациентов, получающих гемодиализ [43, 27]. В экспериментальных работах показано, что в условиях анемии повышается содержание TNF-α, ИЛ-1, ускоряющих структурно-функциональную перестройку миокарда [29, 32]. С появлением препаратов человеческого рекомбинантного эритропоэтина накопилось большое количество клинических исследований, свидетельствующих, что коррекция анемии у пациентов с ХБП положительно воздействует на сердечную деятельность [22, 36]. В современной литературе все чаще приводятся данные, что коррекция анемии при ХБП способствует обратному развитию ГЛЖ, а нередко – увеличению фракции выброса левого желудочка. Таким образом, накопленные к настоящему времени сведения однозначно подтверждают, что развитие анемии при ХБП имеет тесную взаимосвязь с кардиоваскулярными заболеваниями у этих пациентов.

Литература

1. Авдеева, М.В. Функциональные возможности центров здоровья в выявлении лиц с почечной патологией и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний / М.В. Авдеева, Л.В. Щеглова // Клиническая нефрология. – 2011. – № 3. – С. 57–60.
2. Дзгоева, Ф.У. Гипертрофия левого желудочка в терминальной стадии почечной недостаточности и возможность обратного ее развития в результате коррекции анемии и артериальной гипертонии / Ф.У. Дзгоева, Т.М. Гатагонова, З.К. Кадзаева [и др.] // Терапевтический архив. – 2011. – № 6. – С. 42–46.
3. Добронравов, В.А. Анемия и хроническая болезнь почек / В.А. Добронравов, А.В. Смирнов // Анемия. – 2005. – № 2. – С. 2–8.
4. Калягин, А.Н. Анемия как фактор риска неблагоприятного прогноза хронической сердечной недостаточности / А.Н. Калягин // Тезисы II конгресса Общества специалистов по сердечной недостаточности. – М., 2007. – С. 17.
5. Калиев, Р.Р. Влияние ренальной анемии на функцию почек и выживаемость больных с хроническим гломерулонефритом / Р.Р. Калиев, А.Б. Будайчиева, И.Т. Муркамилов // Клиническая нефрология. – 2010. – № 1. – С. 41–43.
6. Ларина, В.Н. Клиническая значимость анемического синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью / В.Н. Ларина, Б.Я. Барт, В.Г. Ларин // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2010. – № 6(3). – С. 311–317.
7. Милованов, Ю.С. Нефрогенная анемия: патогенез, прогностическое значение, принципы лечения / Ю.С. Милованов, Л.Ю. Милованова, Л.В. Козловская // Клиническая нефрология. – 2010. – № 6. – С. 7–18.
8. Мухин, Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза / Н.А. Мухин // Терапевтический архив. – 2007. – № 6. – С. 5–10.
9. Мухин, Н.А. Кардиоренальные взаимодействия: клиническое значение и роль в патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы и почек / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, Ж.Д. Кобалава [и др.] // Терапевтический архив. – 2004. – № 6. – С. 39–46.
10. Оганов, Р.Г. Кардиоваскулярная профилактика в действии / Р.Г. Оганов, Н.Ф. Герасименко, Г.В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2011. – № 1. – С. 47–50.
11. Российские национальные рекомендации по диагностике и лечению анемии при хронической болезни почек // Анемия. – 2006. – № 3. – С. 3–18.
12. Ртищева, О.В. Структурно-функциональное ремоделирование миокарда у больных с хроническими болезнями почек / О.В. Ртищева, О.Ф. Калев // Медицинский альманах. – 2011. – № 3. – С. 158–161.
13. Ртишева, О.В. Особенности структурного ремоделирования миокарда у больных артериальной гипертензией, находящихся на гемодиализе / О.В. Ртишева, О.Ф. Калев // Клиническая нефрология. – 2011. – № 2. – С. 35–39.
14. Рыбина, И.А. Анализ влияния ЭПО-терапии на течение ХБП 4–5 стадии у больных на додиализном периоде, принимавших эпрекс / И.А. Рыбина // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2010. – № 1 (43). – С. 53–54.
15. Шестакова, М.В. Факторы риска прогрессирования диабетической нефропатии у больных с длительным течением сахарного диабета по данным ретроспективного анализа / М.В. Шестакова, Л.В. Кошель, В.А. Вагодин [и др.] // Терапевтический архив. – 2006. – № 5. – С. 57–63.
16. Шило, В.Ю. Лечение нефрогенной анемии: вчера, сегодня, завтра / В.Ю. Шило, А.Ю. Денисов // Клиническая нефрология. – 2011. – № 3. – С. 36–42.
17. Besarab, A. The Normal Hematocrit. Study Follow-up / A. Besarab, D.A. Goodkin, A.R. Nissenson // N. Engl. J. Med. – 2008. – Vol. 358. – P. 433–434.
18. Elke Wühl. Therapeutic strategies to slow chronic kidney disease progression / Wühl Elke, Schaefer Franz // Pediatr. Nephrol. – 2008. – Vol. 23. – P. 705–716.
19. European best practice guidelines for the management of anaemia in patients with chronic renal failure / Nephrol. Dial. Transplant. – 1999. – Vol. 14 (Suppl 50). – P. 1–50.
20. Feldman, H.I. Hemoglobin variability and mortality among hemodialysis patients / H.I. Feldman, R.K. Israni, W. Yang [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. – 2006. – Vol. 17. – P. 583A.
21. Fine, L.G. Is there a common mechanism for the progression of different types of renal disease other than proteinuria? Toward the unifying theme of chronic hypoxia / L.G. Fine, D. Bandyopadhay, J.T. Norman // Kidney. Int. – 2000. – Vol. 57 (Suppl. 75). – S22–S26.
22. Foley, R.N. Clinical and echocardiographic disease in patients starting end-stage renal disease therapy / R.N. Foley, P.S. Parfrey, J.D. Harnett [et al.] // Kidney Int. – 1995. – Vol. 47. – P. 186–192.
23. Foley, R.N. Clinical epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease / R.N. Foley, P.S. Parfrey, M.J. Sarnak // Am. J. Kidney. Dis. – 1998. – 32 [Suppl 3]. – S112–S119.

24. Gilbertson, D.T. Hemoglobin level variability: associations with mortality / D.T. Gilbertson, J. Ebben, R.N. Foley [et al.] // Clin. J. Am. Soc. Nephrol. – 2008. – Vol. 3. – P. 133–138.
25. Hampl, H. Effects of optimized heart failure therapy and anemia correction with epoetin beta on left ventricular mass in hemodialysis patients / H. Hampl, L. Hennig, C. Rosenberger [et al.] // Am. J. Nephrol. – 2005. – Vol. 25(3). – P. 211–220.
26. Hirakata, H. Maintaining high hemoglobin levels improved the left ventricular mass index and quality of life scores in pre-dialysis Japanese chronic kidney disease patients / H. Hirakata, Y. Tsubakihara, F. Gejyo [et al.] // Clin. Exp. Nephrol. – 2010. – Vol. 14(1). – P. 28–35.
27. Herzog, C.A. Clinical characteristics of dialysis patients with acute myocardial infarction in the United States: a collaborative project of the United States Renal Data System and the National Registry of Myocardial Infarction / C.A. Herzog, K. Littrell, C. Arko [et al.] // Circulation. – 2007. – Vol. 116. – P. 1465–1472.
28. Hirota, H. Continuous activation of gp130 a signal-transduction receptor component for interleukin 6-related cytokines, causes myocardial hypertrophy in mice / H. Hirota, K. Yoshida, T. Kishimoto [et al.] // Proc. Natl. Acad. USA. – 1995. – Vol. 92. – P. 4862–4866.
29. Horwich, T.B. Anemia is associated with worse symptoms, greater impairment in functional capacity and a significant increase in mortality in patients with advanced heart failure / T.B. Horwich, G.C. Fonarow, M.A. Hamilton [et al.] / Am. Coll. Corrfio. – 2002. – Vol. 39. – P. 1780–1786.
30. Keane, W. The risk of developing end-stage renal disease in patients with type 2 diabets and nephropathy: the RENAAL study / W. Keane, B. Brenner, D. Zeeuw [et al.] // Kidney Int. – 2003. – Vol. 63. – P. 1499–1507.
31. Klinger, M. Efficacy of intravenous methoxy polyethylene glycol-epoetin beta administered every 2 weeks com-pared with epoetin administered 3 times weekly in patients treated by hemodialysis or peritoneal dialysis: a randomized trial (AMICUS) / M. Klinger, M. Arias, V. Vargemezis [et al.] // Am. J. Kidney Dis. – 2007. – Vol. 50(6). – P. 989–1000.
32. Krown, K.A.Tumor necrosis factor alpha-induced apoptos in cardiac myocytes: involvement of thensphingolipid signaling cascade in cardiac cell death / K.A. Krown, M.T. Page, C. Nguyen [et al.] // J. Clin. Invest. – 1996. – Vol. 98. – P. 2854–2865.
33. Levin, A. Left ventricular mass index increase in early renal disease: impact of decline in hemoglobin / A. Levin, C.R. Thompson, J. Ethier [et al.] // Am. J. Kidney. Dis. – 1999. – Vol. 34. – P. 125–134.
34. London, G. Pathophysiology of cardiovascular damage in the early renal population / G. London // Nephrol. Dial. Transplant. – 2001. – Vol. 16. – Suppl. 2. – P. 3–6.
35. McClellan, W. The epidemiology and control of anemia among pre-ESRD patients with chronic kidney disease / W. McClellan, C. Jurkovitz, J. Abramson // Eur. J. Clin. Investig. – 2005. – Vol. 35 (Suppl. 3). – P. 58–65.
36. NKF-KynOQI clinical practice guidelines for anemia of chronic kidney disease: update 2000 / Am. J. Kidney. Dis. – 2001. – Vol. 37 [Suppl 1]. – S182–S238.
37. Revised European Best Practice Guidelines for the Management of anemia in Patients with Cronic Renal Failure / Nephrol. Dial. Transplant. – 2004. – Vol. 19. – [Suppl. 2]. – P. 2–45.
38. Sarnak, M.J. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention / M.J. Sarnak, A.S. Levey, A.C. Schoolwerth [et al.] // Hypertension. – 2003. – Vol. 42. – P. 1050–1065.
39. Silverberg, D.S. Erythropoietin should be part of congestive heart failure management / D.S. Silverberg, D. Wexler, M. Blum [et al.] // Kidney. Int. Suppl. – 2003. – Vol. 87. – S.40–S47.
40. Thorp, M.L. Effect of anemia on mortality, Cardiovascular Hospitalizations and End Stage Renal Disease among patients with chronic renal desease / M.L. Thorp, E.S. Johnson // Nephrology. – 2009. – Vol. 14. – P. 240–246.
41. Timothy, W.R. Blood pressure in haemodialysis patients: The importance of the relationship between the renin-angiotensin-aldosterone system, salt intake and extracellular volume / W.R. Timothy, G. Doulton, A. MacGregor // J. of the Renin-Angiotensin-Aldosterone System. – 2004. – Vol. 5, № 1. – P. 14–22.
42. Tsubakihara, Y. 2008 Japanese Society for Dialysis Therapy: guidelines for renal anemia in chronic kidney disease / Y. Tsubakihara, S. Nishi, T. Akiba [et al.] // Ther. Apher. Dial. – 2010. – Vol. 14(3). – P. 240–275.
43. Vanholder, R. Uremic toxicity: present state of the art / R. Vanholder, A. Argiles, U. Baurmeister [et al.] // Int. J. Artif. Organs. – 2001. – P. 695–725.
44. Vlagopoulos, P. Anemia as a risk factor for cardiovascular disease and all-cause mortality in diabetes: the impact of chronic kidney disease / P. Vlagopoulos, H. Tighiouart, D. Weiner [et al.] //J. Am. Soc. Nephrol. – 2005. – Vol. 16. – P. 3403–3410.
45. Yang, W. Hemoglobin variability and mortality in ESRD / W. Yang, R.K. Israni, S.M. Brunelli [et al.] // J. Am. Soc. Nephrol. – 2007. – Vol. 18. – P. 3164–3172.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

Журнал «Медицинский вестник Северного Кавказа» принимает к публикации статьи по всем медицинским специальностям.

В журнале публикуются передовые статьи, оригинальные исследования, обзоры, лекции, клинические наблюдения, информационные материалы, рецензии, письма в редакцию. Предоставляется место для дискуссий, публикаций по истории медицины, кратких сообщений, юбилеев. Все материалы рецензируются и обсуждаются редакционной коллегией. Рецензирование статей анонимное.

Статья, набранная в текстовом редакторе World, шрифт Times New Roman, 14, междустрочный интервал 1,5 (в таблицах междустрочный интервал 1), форматирование по ширине, без **переносов** и нумерации страниц, должна быть напечатана на одной стороне листа бумаги размером А4, левое поле 30 мм, остальные – 20 мм. Стиль статьи должен быть ясным, лаконичным.

Рукопись оригинальной статьи должна включать:

1) УДК; 2) название статьи (заглавными буквами); 3) инициалы и фамилию автора (ов); 4) наименование учреждения, где выполнена работа, город; 5) введение (без выделения подзаголовка); 6) материал и методы; 7) результаты и обсуждение; 8) заключение (выводы); 9) таблицы, рисунки; 10) подписи к рисункам; 11) литературу; 12) резюме; 13) ключевые слова. Пункты 2–5 помещаются через пробел между ними.

Текст. Во введении обязательна формулировка цели исследования с полным ответом на вопрос: что необходимо изучить (оценить), у каких лиц (больных), каким методом. В разделе «Материал и методы» обязательно указывать методы статистической обработки. При изложении результатов исключить дублирование данных, приведенных в таблицах, ограничиваясь упоминанием наиболее важных. При обсуждении новые и важные аспекты своего исследования сопоставлять с данными других исследователей, не дублируя сведения из введения и данные раздела «Результаты». Обязательна расшифровка аббревиатур при первом упоминании слова в тексте. Не следует применять сокращения в названиях статьи. В написании числовых значений десятые доли отделяются от целого числа запятой, а не точкой.

Таблицы, рисунки (иллюстрации). Каждая таблица печатается **на отдельной странице в формате RTF,** должна иметь название и порядковый номер (в верхней части таблицы). В сносках указывать статистические методы оценки вариабельности данных и достоверности различий. Ссылка на таблицу и рисунок по тексту оформляется следующим образом: (табл. 1 (2, 3 и т. д.) или (рис.1 (2, 3 и т. д.). Место в тексте, где должна быть помещена таблица или рисунок, обозначается на поле слева квадратом с указанием в нем номера таблицы или рисунка. Общее количество таблиц и рисунков в статье должно быть не более 3. Данные рисунков не должны повторять материалы таблиц. Иллюстрации (черно-белые) представляются в 2-х экземплярах (с обязательной подписью и указанием номера рисунка) в электронном виде – приложением отдельными файлами в формате TIFF (расширение для PC – *.tif) или JPEG с минимальной компрессией (расширение *.jpg) в натуральную величину с расширением 300 ppi (точек на дюйм). Подписи к иллюстрациям не входят в состав рисунков, а прилагаются отдельным текстом в World'95/97.

Список литературы печатается **на отдельном листе (листах)** через 1,5 интервала. Все цитируемые работы помещаются по алфавиту: вначале на русском, затем на иностранных языках. Количество литературных источников не должно превышать 5 для кратких сообщений, 20 для оригинальных статей и 50 – для обзоров. Допускается (за исключением особых случаев) цитирование литературы только последних 5–7 лет выпуска, не рекомендуется цитировать диссертации (только авторефераты). Библиография должна быть открытой (с полным цитированием работы, в том числе ее названия). Библиографическое описание источника должно проводиться в строгом соответствии с ГОСТ 7.1–2003. (Статьи журналов: Иванов, А. О. Дисплазия соединительной ткани у детей / А. О. Иванов, С. Н. Шальнова // Вопросы современной педиатрии. – 2003. – № 5. – С. 61–67. Статьи из сборников: Иванов, Л. О. К вопросу о возрастном развитии сосудов / Л. О. Иванов // Актуальные проблемы морфологии : сб. науч. тр. – Красноярск, 2005. – С. 45–46. Гордеев, В. А. Кровеносное русло сердца / В. А. Гордеев. – Ярославль, 1997. – 150 с.)

В тексте статьи библиографические ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках.

Резюме на русском и английском языках (объемом не более 20 строк) печатаются на отдельных страницах и включают название статьи, фамилии и инициалы авторов, цель исследования, материал и методы, результаты, заключение. На этой же странице помещаются ключевые слова (не более 8) на русском и английском языках.

Объем оригинальной статьи, как правило, должен составлять 5–8 страниц, клинических наблюдений (заметок из практики) – 3–4 страницы, обзоров и лекций – 10–12 страниц (без таблиц, рисунков, списка литературы и резюме), кратких сообщений – 2–3 страницы (представляются в соответствии с правилами оформления оригинальных статей, исключая таблицы, рисунки и резюме).

В редакцию направляются 2 экземпляра статьи и ее вариант (подписанный) на магнитном носителе с названием файла по фамилии первого автора. Файлы на магнитном носителе представляются на дискете 3,5» (1,44 М) или CD-диске (CD-RW, DVD) только в формате RTF. Во избежание нераскрытия файла желательно на дискете сделать директорию «COPI» и записать статью вместе с резюме повторно. К статье должно быть приложено официальное направление учреждения, в котором выполнена работа, виза руководителя на первой странице статьи «В печать», заверенная печатью. Статьи по электронной почте не принимаются. К статье должны быть приложены сведения о каждом авторе (ФИО полностью, ученая степень, ученое звание, должность, телефон рабочий и мобильный, электронный адрес), подписанные всеми авторами, указан ответственный за контакты с редакцией. При отсутствии этих данных материалы не рассматриваются.

Подписи авторов под статьей означают согласие на публикацию на условиях редакции, гарантию авторами прав на оригинальность информации, соблюдение общепринятых правовых норм в исследовательском процессе и согласие на передачу всех прав на издание и переводы статьи редакции журнала «Медицинский вестник Северного Кавказа».

Статьи должны быть тщательно отредактированы и выверены автором. Редакция оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи. Не допускается направление в редакцию работ, напечатанных в других изданиях или уже представленных на рассмотрение в другие редакции. Рукописи не возвращаются. Авторам опубликованных работ высылается экземпляр журнала.

Статьи принимаются к публикации только при наличии 1 рецензии. Рецензия подписывается доктором наук, заверяется в соответствии с правилами.

Статьи с электронным носителем направлять по адресу: 355017, Ставрополь, ул. Мира, 310, Ставропольская государственная медицинская академия, редакция журнала «Медицинский вестник Северного Кавказа», ответственному секретарю редакции профессору Коробкееву Александру Анатольевичу. Контактный тел/факс: (8652)35-32-29; e-mail: medvestnik@stgma.ru.

Полное и частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается с письменного разрешения редакции. Ссылка на «Медицинский вестник Северного Кавказа» обязательна.

Подписной индекс журнала «Медицинский вестник Северного Кавказа» в агентстве «Роспечать» 37255.

Подписано в печать 26.12.2012. Формат 60x84 1/8. Бумага мелованная. Гарнитура «Pragmatica».
Печать офсетная. Усл. печ. л. 13,02. Тираж 650 экз. Заказ № 620.

Налоговая льгота – Общероссийский классификатор продукции ОК 005-93-953000.

Отпечатано в типографии Ставропольской государственной медицинской академии;
355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310.

ISSN 2073-8137

9 772073 813269 >