

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 618.146:615.357:616.08

Н.К. Буртушкина, А.Ф. Куперт, Е.Г. Кокунова

ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)

В статье описаны результаты обследования и лечения 76 женщин с патологическими процессами шейки матки, из них с хроническим цервицитом в сочетании с эктопией шейки матки – 49 %, с лейкоплакией шейки матки – 49 %, с дисплазией шейки матки – 17 % пациенток, с эктропионом шейки матки – 15 %. Таким образом, у каждой второй пациентки отмечено сочетание двух и более заболеваний шейки матки. Все женщины были разделены по способу лечения на две группы. В 1 группу вошли 49 женщин, которым проводилась монотерапия радиоволновым методом. Во 2 группу отнесены 27 женщин с аналогичными заболеваниями, которые получали комплексное лечение (радиоволновая хирургия с гормонотерапией в послеоперационном периоде). Выявлены преимущества предлагаемого комплексного лечения.

Ключевые слова: шейка матки, заболевания, гормоны, радиохирurgia

HORMONAL THERAPY AT THE COMPLEX TREATMENT OF BENIGN DISEASES OF CERVIX OF THE UTERUS

N.K. Burtushkina, A.F. Kupert, E.G. Kokunova

Irkutsk state medical university of Roszdrav, Irkutsk

The article describes the results of the examination and treatment of 76 women with pathological process of cervix of the uterus. 49 % of them were with combination of chronicle cervicitis and ectopy of cervix of the uterus, 49 % – with cervical leukoplakia, 17 % – with dysplasia of cervix of the uterus and 15 % – with ectropion of cervix of the uterus. Thus each 2nd patient had two and more diseases of cervix of the uterus. All women were divided in 2 groups depending on treatment methods. The 1st group consisted of 49 women with monotherapy by radiowave methods. The 2nd group consisted of 27 women with the same diseases and complex treatment (radiowave surgery and hormone therapy in post-operative period). We revealed the advantages of proposes complex methods.

Key words: cervix of the uterus, diseases, hormones, radiosurgery

В структуре амбулаторной гинекологической заболеваемости первое место прочно занимают доброкачественные патологические процессы шейки матки [4, 5, 7]. Будучи гормонально и инфекционно детерминированы, они не имеют тенденции к снижению, несмотря на достигнутые успехи в их диагностике и лечении.

В арсенале современной медицины имеется большое количество физиохирургических методов лечения заболеваний шейки матки, наиболее бережным из которых является радиоволновая хирургия. Однако все применяемые методы лечения направлены только на патологический очаг шейки матки, без устранения причины заболевания.

Известно, что частота рака шейки матки за последние годы увеличилась на 35 % [6], что, очевидно, связано с недостаточно эффективным лечением фоновых и предраковых заболеваний шейки матки. Поэтому возникает необходимость внедрения новых комплексных методов лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, которые направлены не только на удаление пато-

логического очага на шейке матки, но и на причину заболевания.

Слизистая оболочка шейки матки выполняет функцию защиты организма женщины от неблагоприятных воздействий внешней среды и является гормонзависимой тканью, в которой непрерывно происходят циклические изменения в соответствии с менструальным циклом [5, 7]. Смещение цилиндрического эпителия на экзоцервикс – полиэтиологический процесс, в котором немалую роль занимает изменение гормонального гомеостаза организма женщины [1, 2].

Высокая частота сочетания доброкачественных заболеваний шейки матки с эктопией шейки матки предполагает последнюю как патоморфологический субстрат для развития большинства патологических процессов шейки матки.

Учитывая вышеизложенное, нами предложен комплексный метод лечения патологических процессов шейки матки, который включает радиоволновую хирургию с последующей гормонотерапией в послеоперационном периоде.

Цель исследования: оценить эффективность комплексного метода лечения доброкачественных заболеваний шейки матки с использованием гормональных средств.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено обследование и лечение 76 женщин с различными доброкачественными заболеваниями шейки матки на базе женской консультации ГКБ № 8 г. Иркутска. Возраст пациенток колебался от 18 до 43 лет и в среднем составил $27 \pm 5,5$ лет. Обследование проводилось по общепринятой методике и включало в себя общее и гинекологическое обследование; бактериоскопическое и бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и влагалища; гормональное обследование; кольпоскопию; онкоцитологию; морфологическое исследование биоптатов шейки матки; иммунологические и молекулярно-биологические методы для определения инфекций, передающихся половым путем. Все женщины были разделены на две группы по способу лечения. В 1 группу вошли 49 женщин с доброкачественными заболеваниями шейки матки, которым проводилось монотерапевтическое лечение радиоволновым методом, 2 группу составили 27 женщин с аналогичными заболеваниями шейки матки, которые получали терапию предлагаемым комплексным методом. Лечение шейки матки проводилось на аппарате «Сургитрон» американской фирмы «Ellman International» с помощью высокочастотных волн (3,8 МГц). В послеоперационном периоде пациентки получали гормональную терапию монофазными контрацептивами (Регулон, Линдинет-20, Линдинет-30, Новинет). У всех пациенток процесс заживления послеоперационной раны контролировался кольпоскопическим исследованием до полного заживления. С целью выявления рецидивов заболеваний через 3, 6, 9 и 12 месяцев также проводилось кольпоскопическое исследование. В работе проводился статистический анализ полученных результатов посредством обработки статистической программой Statistica 6.0 (Stat Soft, USA, 1999). Данные представлялись в виде среднего (M) и стандартной ошибки среднего (m) (стандартного отклонения (s)). Использовался критерий Манна – Уитни. Значимыми считались различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Из 76 женщин с патологическими процессами шейки матки у 83 % выявлены фоновые процессы шейки матки и у 17 % – предраковые заболевания шейки матки. В группах выявленные заболевания распределились следующим образом: в 1 группу отнесены 49 женщин, из них у 46 % диагностирован хронический цервицит в сочетании с эктопией, у 50 % – лейкоплакия шейки матки, 23 % – дисплазия шейки матки, у 17 % – эрозированный эктропион. Во 2 группе хронический цервицит с эктопией шейки матки диагностирован у 55,5 %, лейкоплакия шейки матки – у 48 %, дисплазия шейки матки – у 7 %, и у 11 % пациенток выявлен эрозированный

эктропион. Следует отметить, что дисплазии шейки матки относятся к предраковым заболеваниям. Из приведенных нами данных следует, что у каждой второй пациентки отмечено сочетание двух и более доброкачественных заболеваний шейки матки. Средний возраст пациенток с фоновыми и предраковыми заболеваниями в обеих группах составил 31 и 33 года, соответственно. Большинство пациенток указывали на наличие эктопии шейки матки до лечения, средняя продолжительность которой составила 4 года, а с предраковыми заболеваниями – 10 лет. Предполагаем, что возраст пациентки и длительное наблюдение за эктопией шейки матки является фактором риска для развития дисплазии шейки матки.

При выяснении анамнеза заболеваний у каждой третьей пациентки в обеих группах ранее проводилось лечение доброкачественных заболеваний шейки матки. Из них у 21 % пациенток с эктопией шейки матки проводилось консервативное лечение с применением средств, которые ускоряют эпителизацию (облепиховое масло, синтомициновая мазь, настойки прополиса).

Обращает на себя внимание тот факт, что и в настоящее время применяется консервативный метод лечения доброкачественных заболеваний шейки матки, несмотря на то, что многолетний опыт показал неэффективность медикаментозных средств в лечении патологических процессов шейки матки. Длительное использование средств, которые улучшают регенерацию, приводит к развитию патологических пролиферативных процессов шейки матки, что и подтверждается результатами нашего исследования. Так, дисплазии шейки матки встретились у 50 % пациенток, которым ранее проводилось консервативное лечение доброкачественных заболеваний шейки матки.

Кольпоскопическое исследование показало отличие в картине фоновых и предраковых заболеваний шейки матки в обеих группах. Так, при предраковых заболеваниях шейки матки в 100 % случаях имелась атипичная кольпоскопическая картина, тогда как при фоновых заболеваниях шейки матки она имелась в половине наблюдений, поскольку среди них преобладали пациентки с хроническим цервицитом. Картина хронического цервицита чаще всего характеризовалась гипертрофированной шейкой матки с расширенными сосудами, контактно кровоточащими, наличием эктопически расположенного цилиндрического эпителия на экзоцервиксе, эктропионом, множеством открытых и закрытых желез. При обострении хронического процесса при осмотре имелись обильные серозно-гноевидные выделения из цервикального канала.

При выявлении возбудителей хронического цервицита наиболее распространенной явилась уреоплазمو-микоплазменная инфекция, частота которой составила 13,5 % и 16 % в 1-й и 2-й группе, соответственно ($p > 0,05$).

При изучении биоценоза влагалища у каждой четвертой пациентки в обеих группах выявлен

бактериальный вагиноз, на втором месте — кандидозный вульвовагинит (16% и 9% в 1-й и 2-й группе, соответственно). В 50% случаев пациентки с бактериальным вагинозом были инфицированы вирусом папилломы человека, что еще раз подчеркивает, что дисбиоз влагалища является фактором риска для инфицирования папилломавирусной инфекцией. У каждой второй пациентки с доброкачественными заболеваниями шейки матки выявлен нормальный биоценоз влагалища.

При морфологическом исследовании биоптатов шейки матки отмечено, что каждая вторая лейкоплакия шейки матки сочеталась с эктопией, а каждая пятая — с дисплазией шейки матки. Следует отметить, что лейкоплакия на фоне эпидермизирующегося эндоцервикоза выявлена в 58% случаев, тогда как на фоне стационарного — всего в 4%, ни в одном случае не выявлено сочетания прогрессирующего эндоцервикоза с лейкоплакией. Дисплазия шейки матки сочеталась с лейкоплакией у каждой пятой пациентки. Это еще раз подчеркивает необходимость взятия биопсии с участков лейкоплакии, так как индекс злокачественности лейкоплакии достаточно высок (4,9–9%) [1].

Всем пациенткам проводилось радиоволновое лечение и по показаниям — противовоспалительная терапия. В своей работе мы использовали прибор «Surgitron», представляющий собой высокочастотный радиохирургический прибор с выходной частотой тока 3,8 МГц. Режимы работы подбирались в зависимости от цели: «чистый» разрез (90% — разрез и 10% — коагуляция), одновременный разрез и коагуляция (50% и 50%), гемостаз (90% — коагуляция) и соответствовали рекомендациям, предложенным фирмой-изготовителем. Для лечения больных с различными патологическими процессами шейки матки нами были использованы поверхностное радиоволновое воздействие (коагуляция тканей), эксцизия шейки матки.

Радиоволновая эксцизия шейки матки проводилась при выявлении дисплазии шейки матки или эктропиона, в остальных случаях применялось поверхностное радиоволновое воздействие на патологические участки шейки матки в пределах здоровой ткани. Известно, что у данного метода имеются следующие положительные моменты: 1) не происходит обугливание тканей с формированием плотного струпа; 2) не возникает необходимости применения дополнительных гемостатических средств. При радиоволновом лечении только у 9% пациенток появились осложнения в виде болевых ощущений. Кровотечения не было ни в одном случае.

При определении показаний к методу воздействия учитывалась площадь поражения шейки матки, результаты цитологического и морфологического обследований, возраст и репродуктивный статус пациенток.

Женщинам второй группы в послеоперационном периоде назначалась гормонотерапия монофазными контрацептивами (Регулон, Линдинет-20, Новинет). Назначение контрацептивов проводилось с учетом репродуктивных планов пациенток.

Всем женщинам проводилось кольпоскопическое исследование, начиная с 21-х суток послеоперационного периода и до сроков заживления послеоперационной раны. Критерием полного заживления явилось наличие многослойного плоского эпителия на экзоцервиксе и при расширенной кольпоскопии — положительная проба Шиллера. Средняя длительность заживления послеоперационной раны в нашем исследовании составила в 1 группе $34,0 \pm 5,3$ суток, во второй — $30,8 \pm 4,1$ суток ($p < 0,027$).

Большая часть пациенток отмечала в послеоперационном периоде наличие водянистых выделений из половых путей в течение 10–14 дней, после чего возникали кровянистые мажущие выделения. Возникновение последних мы связываем с отторжением фибриновой пленки, под которой и происходит эпителизация послеоперационной раны.

При контрольном осмотре через 3, 6, 9 и 12 месяцев у пациенток 1 группы, получавших только хирургическое лечение по поводу лейкоплакии, в 6% случаев выявлены рецидивы данного заболевания. После лечения всех доброкачественных заболеваний шейки матки в 6% случаев выявлена эктопия шейки матки.

Во 2 группе пациенток, получавших комплексное лечение, рецидивов заболеваний не выявлено.

Таким образом, назначение гормональной терапии позволяет ускорить сроки заживления послеоперационной раны и снизить частоту возникновения рецидивов доброкачественных заболеваний шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бауэр Г. Цветной атлас по кольпоскопии / Г. Бауэр. — М., 2002. — 247 с.
2. Куперт А.Ф. Эктопии шейки матки в онтогенезе / А.Ф. Куперт. — Иркутск, 2007. — 94 с.
3. Легков В.А. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Легков. — М., 2000. — 32 с.
4. Патология влагалища и шейки матки / В.И. Краснопольский и др. — М., 1997. — 269 с.
5. Предраковые заболевания и начальные формы рака шейки матки / Л.Н. Василевская и др. — М., 1987. — 158 с.
6. Рудакова Е.Б. Псевдоэрозии шейки матки: автореф. дис. ... докт. мед. наук / Е.Б. Рудакова. — М., 1996. — 42 с.
7. Эктопии и эрозии шейки матки / В.Н. Прилепская и др. — М., 2002. — 175 с.

В.В. Евтушенко, А.И. Брегель

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ И ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ КЛИНИКИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)

Выявлено преимущество эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии в диагностике механической желтухи

Ключевые слова: эндоскопия, диагностика, механическая желтуха

ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY AND ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY ACCORDING TO THE MATERIALS OF CLINIC OF GENERAL SURGERY

V.V. Evtushenko, A.I. Bregel

Irkutsk state medical university of Roszdrav, Irkutsk

We revealed the advantage of endoscopic retrograde cholangiopancreatography at the diagnostics of obstructive jaundice.

Key words: endoscopy, diagnostics, obstructive jaundice

Актуальность проблемы обусловлена возрастающей частотой механической желтухи, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, трудностями определения причины желтухи и неудовлетворительными результатами лечения этой группы больных.

Цель исследования: определить преимущества эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), по сравнению с УЗИ, для диагностики причин механической желтухи, а также значение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в лечении механической желтухи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По данным клиники общей хирургии, за период с 2006 по 2007 годы ЭРХПГ была выполнена 239 больным. Показанием к проведению ЭРПХГ во всех случаях было подозрение на механическую желтуху. Мужчин было 64 (26,8%), женщин — 175 (73,2 %). По возрасту больные распределились следующим образом: в возрасте 21 — 30 лет было 12 (5,02 %) больных, 31 — 40 лет — 6 (2,51 %), 41 — 50 лет — 24 (10,04 %), 51 — 60 лет — 47 (19,67 %), 61 — 70 лет — 53 (22,18 %), 71 — 80 лет — 66 (27,62 %), старше 80 лет — 31 (23,97 %) больной.

Уровень билирубина не был повышен только у 22 (9,21%) больных и составил 5 — 20 ммоль/л. У 38 (15,90 %) больных содержание билирубина в плазме крови составило 21 — 40 ммоль/л, у 54 (22,59 %) — 41 — 80 ммоль/л, у 42 (17,57 %) — 81 — 120 ммоль/л, у 52 (21,76 %) — 121 — 160 ммоль/л, у 19 (7,95 %) — 161 — 220 ммоль/л, у 12 (5,02 %) больных содержание билирубина превышало 221 ммоль/л.

У 183 больных после проведения ЭРХПГ были установлены показания к рассечению большого дуоденального соска (БДС), и им была выполнена ЭПСТ.

Наличие сопутствующих соматических заболеваний было выявлено у 178 больных. Из них наиболее частыми явились ишемическая болезнь сердца (31,38 %) и гипертоническая болезнь (28,45 %). Каждая из следующих патологий: сахарный диабет, пневмония, гидроторакс, острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, пороки сердца, цирроз, — встретились менее чем в 2 % случаев.

До данным УЗИ, проведенного перед ЭРХПГ, конкременты в холедохе были выявлены у 37 (15,48 %) больных, ещё у 57 (23,85 %) конкремент не лоцируется, и у 145 (60,67 %) больных конкрементов выявлено не было.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

При осмотре устья БДС у 198 (82,85 %) больных оно имело округлую форму, у 27 (11,30 %) — щелевидную, у 5 (2,09 %) — ворсинчатую, у 1 (0,42 %) ворсинчато-складчатую, у 4 (1,67 %) в виде точки, у 1 (0,42 %) — с полиповидными разрастаниями, и у 3 (1,26 %) больных устье БДС не было описано.

Нетипичная локализация БДС была диагностирована у 31 больного, из них парадивертикулярное расположение БДС — у 19 (61,29 %), интрадивертикулярное — у 12 (38,71 %) больных. Такая локализация БДС обусловила трудность выполнения его канюляции. По этой причине у 25 (10,46 %) больных ЭРХПГ проведено не было. У 14 (5,86 %) больных удалось выполнить лишь версунгографию.

По данным ЭРХПГ, диаметр холедоха у 26 (13,00 %) больных был менее 0,6 см, у 51 (25,50 %) — 0,7 — 1 см, у 69 (34,50 %) — 1,1 — 1,5 см, у 42 (21,00%) — 1,6 — 2,0 см, у 12 (4,0 %) — 2,1 — 2,5 см.

Причиной механической желтухи послужили: холедохолитиаз — у 134 (56,07 %) больных, микро-

холкдохолитиаз – у 47 (19,67 %), опухоль холедоха – у 5 (2,09 %), аденома БДС – у 2 (0,8 %) больных, опухоль поджелудочной железы – у 1 (0,4 %) больного. Не удалось установить этиологию желтухи при ЭРХПГ у 50 (20,92 %) больных.

При ЭПСТ длина разреза составляла менее 1,1 см у 101 (55,19 %) больного, от 1,1 до 1,5 см – у 70 (38,25 %), и от 1,6 до 2 см – у 12 (6,56 %) больных.

При ЭПСТ у 99 (41,42%) больных конкрементов обнаружено не было, у 84 (35,15 %) больных во время исследования конкремент был удалён, у 39 (16,32 %) больных камень не удалось извлечь из-за его больших размеров, а у 7 (2,93 %) – в связи с фиксацией конкремента в холедохе.

После ЭРХПГ и ЭПСТ осложнения наблюдались у 38 (15,90 %) больных. Самым частым осложнением явилось кровотечение после ЭПСТ – у 26 (10,89 %) больных. У 22 (9,21 %) больных оно было окончательно остановлено во время дуоденоско-

пии, а у 4 в дальнейшем рецидивировало. Острый панкреатит развился у 5 (2,09 %) больных, перфорация холедоха допущена у 5 (2,09 %) больных, перфорация двенадцатиперстной кишки – у 1 (0,42 %), папиллит – у 1 (0,42 %) больного.

В последующем удалось избежать операции у 137 (57,32 %) пациентов, 102 (42,8 %) больным была выполнена холецистэктомии.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты подтверждают более высокую информативность ЭРХПГ при выяснении причины механической желтухи, по сравнению с УЗИ.

2. При наличии конкрементов в холедохе ЭРПХГ должна завершаться ЭПСТ с извлечением камней из желчных протоков.

3. Необходимо отметить возможность возникновения тяжёлых осложнений при проведении ЭРПХГ и ЭПСТ.

А.К. Кучеренко, В.Ю. Лебединский, В.Г. Изатулин

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ГИПЕРФТОРОЗОМ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» Росздрава (Иркутск)

В проведенном исследовании на клиническом материале (145 больных с различными стоматологическими заболеваниями: кариес, осложненный кариес, пародонтит) раскрыты и показаны разнонаправленные морфофункциональные изменения структур органов зубочелюстной системы, обусловленные повышенным содержанием фтора и его соединений в окружающей среде, зависящие от стажа работы, места, продолжительности проживания в экологически неблагоприятном регионе и от концентрации соединений фтора в биосфере, особенностей структурной организации изученных органов.

Ключевые слова: гиперфтороз, зубочелюстная система

MORPHOFUNCTIONAL CHANGES IN ORGANS OF DENTIMAXILLARY SYSTEM CAUSED BY HYPERFLUOROSIS

A.K. Kucherenko, V.Yu. Lebedinskiy, V.G. Izatulin

Irkutsk state medical university of Roszdrav, Irkutsk

In this research on clinical material (145 patients with various stomatological diseases: caries, complicated caries, periodontitis) we discovered and showed differently directed morphofunctional changes of structures of organs of dentimaxillary system caused by increased content of fluorine and its compounds in environment. These changes depend on record of service, place and duration of living in ecologically unfavourable region and also on concentration of fluorine compounds in biosphere and peculiarities of structural organization of studied organs.

Key words: hyperfluorosis, dentimaxillary system

В настоящее время процессы адаптации человека и животных к окружающей среде рассматривают с позиции геохимической экологии, которая учитывает не только природные концентрации химических элементов, индивидуальную чувствительность организма, но и техногенные факторы. Сопряженный анализ природной среды и организма человека дает возможность выявить основные источники микроэлементов в геохимических ландшафтах, пути их миграции и условия возникновения этих заболеваний, вызванных их избытком или недостатком (Горзов И.П., 1991; Авцын А.П. с соавт., 1991; Сапожников С.Б., 2001; Smith G.E., 1986; Kierdorf H., 2000).

Установлено, что основным источником поступления соединений фтора в окружающую среду являются предприятия алюминиевой, электролизно-химической промышленности, заводы, вырабатывающие креолит, суперфосфат, производящие неорганические соединения фтора, а также предприятия, где используются фтористые присадки, в том числе и фторид натрия (Бун М.М., 2005).

Антропогенные загрязнения воздуха, воды и почвы, усугубляя особенности биогеохимической среды ряда регионов, где сформировались очаги эндемического флюороза, вызывают адаптационные, физиологически неблагоприятные и патологические реакции человека (Горзов И.П., 1991).

Большое количество исследований посвящено биологическому действию высоких доз фтора как при острых, так и при хронических интоксикациях. Другая часть публикаций посвящена изучению

действия органических соединений фтора на биосферу и человека в частности. Известно, что некоторые из них очень вредны, например фторацетат, а другие, напротив, очень стабильны и нетоксичны: фторборат, фреон, тефлон (Строчкова Л.С., Сороковой В.И., 1983; Рединова Т.Л., 1991).

Исследования показали, что для интоксикации фтором наиболее характерно разнообразное воздействие на обменные процессы в организме. В первую очередь следует напомнить о высоком сродстве фтора к некоторым элементам, например, кальцию и магнию, с которыми он комплексируется. Для других веществ, напротив, характерна конкуренция с фтором при обменных процессах (полагают, что это свойственно йоду при биосинтезе гормонов щитовидной железы). Самая поразительная особенность фтора и его соединений заключается в способности выступать в качестве регулятора ферментативной активности. В основе их токсического действия лежит блокирование нормально функционирующего клеточного метаболизма.

Фториды ингибируют ферменты, участвующие в жизненно необходимых процессах, вызывая прекращение ряда функций, как, например, угнетение клеточного дыхания, иницирование и проведение нервных импульсов. Фтористые соединения связывают ионы кальция и других металлов, что приводит к повреждению клеток и некрозу, вызывая нарушение функций жизненно важных органов. В конечном счёте имеет место характерный шокоподобный синдром.

В то же время следствием высокого содержания фтора в организме со стороны органов зубочелюстной системы (Николишин А.К., 1995) является формирование и минерализация эмалевой матрицы, внешним проявлением чего являются белые и пигментированные пятна на эмали зубов, а в случае приостановки развития эмалевых призм – возникновение её дефектов (эрозии). При повышенном поступлении фтора в организм он частично откладывается в структурах зубов и костной ткани в виде фтористого кальция.

В отложении фтористого кальция усматривают причину образования неоднородной гетерогенной структуры костной ткани и зубов, что имеет определенное значение в изменении их физико-химических свойств. Существенное влияние фтористая интоксикация оказывает и на состояние пародонта, нарушая под действием ионов фтора метаболические, ферментативные, микроциркуляторные, иммунологические и морфофункциональные процессы (Зислин Д.М., 1982; Макаров С.В., 2000).

При хронической интоксикации фтором наблюдаются существенные особенности клинического течения пародонтита, заключающиеся в менее выраженной гиперемии и кровоточивости десен, отсутствии гноетечения из пародонтальных карманов. Для этой категории больных характерен прогрессирующий остеопороз межальвеолярных и межкорневых перегородок, обнажение шеек зубов, гиперестезии, а иногда и гипостезия, обусловленная асептическим некрозом пульпы, твердых тканей зубов и наличием клиновидных дефектов (Изатулин В.Г., Яновский Л.М., 2006).

Хроническая фтористая интоксикация оказывает выраженное влияние на проницаемость сосудов тканей пародонта, на фосфорно-кальцевый,

магниевый, белково-липидный обмена, на процессы ремоделирования костной ткани, на межклеточные и межклеточные взаимодействия в органах зубочелюстной системы.

Рабочая схема, объясняющая влияние фтора на процессы морфофункциональных перестроек структур костной ткани, дана в работе И.В. Кузиной (2004).

В то же время в доступной научной литературе отсутствуют сведения о влиянии гиперфтороза на энергопластические и репаративные процессы в структурах органов зубочелюстной системы. В связи с этим представляется целесообразным провести клинико-экспериментальное исследование по изучению морфофункциональных перестроек в них при хронической фтористой интоксикации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с вышеизложенным выполнено исследование 145 больных с различными стоматологическими заболеваниями (кариес, осложненный кариес, пародонтит) в условиях гиперфтороза, разделенных на три группы:

- 1 группа (45 человек) – работающие на электролизно-химическом производстве;
- 2 группа (45 человек) – проживающие на территории населенного пункта, в зоне которого находится данное предприятие;
- 3 группа (45 человек) – жители поселений с нормальным содержанием фтора;
- 4 (10 человек) – контрольная группа.

По стажу работы на предприятии и времени проживания в населенных пунктах сроки наблюдения составляли: до 5 лет, 5 – 10 лет и свыше 10 лет.

Исследованию подвергли структуры десны, костной стенки альвеолы и твердые ткани зуба. Полученные биоптаты фиксировали в 10% растворе

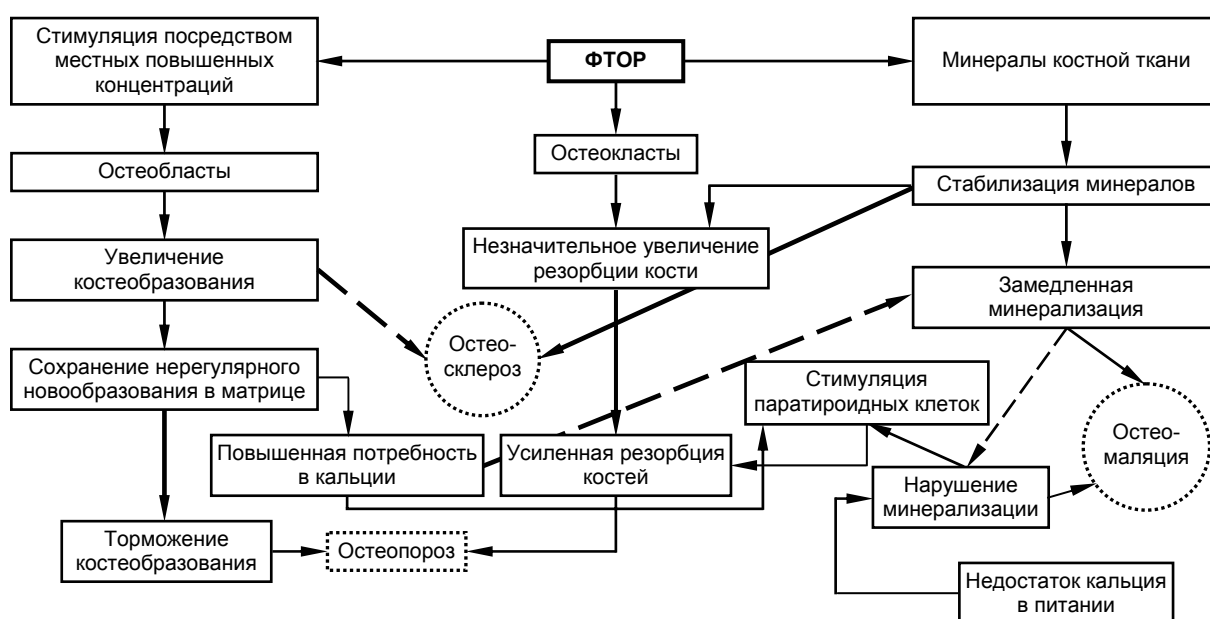


Рис. 1. Патогенетическая схема влияния соединений фтора на изменение кости.

нейтрального формалина с последующей проводкой и заливкой в парафин. Структуры зуба и фрагменты альвеолярной кости предварительно подвергали декальцинации. Полученные гистопрепараты окрашивали гематоксилин-эозином и пикрофуксином по Ван-Гизону (Меркулов Г.А., 1969) и изучались с использованием морфометрических методов.

Для контроля за накоплением и содержанием фтора в исследуемых тканях определяли его концентрацию фотометрическим, а содержание кальция и магния – атомно-абсорбционным методами. Полученные результаты обработаны с использованием методом вариационной статистики.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного исследования показали, что содержание фтора в органах ротовой полости различно. Оно зависит как от особенностей их строения, стажа работы на вредном производстве и времени проживания в регионе, так и от удаленности от источника выброса фторидов в окружающую среду.

У пациентов 1-й группы выявлено наиболее высокое содержание фтора в органах зубочелюстной системы. У обследуемых 2-й группы также отмечено повышенное содержание фторидов, но оно значительно ниже, чем в 1-й группе. В 3-й группе количество фтора находится в пределах физиологической нормы.

Результаты исследования содержания фтора в зависимости от стажа работы и длительности проживания в регионе показали, что они практически находятся в прямо пропорциональной зависимости (рис. 2).

В то же время избыточное поступление фтора в организм приводит к деминерализации костных структур и тканей зубов. Удельное количество кальция у пациентов 1-й группы снижалось в альвеолярной кости в зависимости от стажа работы на предприятии в 1,5, 1,8 и 2,5 раза, а в тканях зуба – в 2,25, 2,7 и 3,2 раза. Содержание магния также уменьшалось в срок до 5 лет на 10–15 %, а в последующие сроки оно увеличивалось в 1,5–2 раза. Одновременно с этим наблюдается и структурная

перестройка органов зубочелюстной системы, а её выраженность прямо пропорционально коррелирует со временем воздействия фтористой интоксикации.

В костном веществе у обследованных 1-й группы отмечаются выраженные явления периостального склероза, резорбция межкорневых и межальвеолярных перегородок, в нем увеличивается количество остецитов и остеобластов. Менее выраженные изменения наблюдаются в костных структурах и у пациентов 2-й группы. У обследованных 3-й группы подобные перестройки отсутствовали, а их строение соответствовало возрастной норме.

Как следствие гиперфтороза, выявляются существенные деструктивные изменения и в мягких тканях пародонта. Значительная часть коллагеновых волокон подвергается дегенерации с выраженным отеком и распадом их на фрагменты. Наблюдается дегрануляция тучных клеток, индекс дегрануляции в первой группе возрастает в 1,8 раза по сравнению с третьей группой. У обследованных второй группы они менее выражены. Характер и интенсивность лейкоцитарной инфильтрации зависят от стажа работы и сроков проживания в экологически неблагоприятном регионе.

Из анализа полученного материала следует, что хроническая фтористая интоксикация вызывает нарушение минерального обмена, который проявляется в снижении содержания кальция и магния в исследуемых структурах альвеолярной кости и зубов, степень интенсивности её проявления находится в прямой зависимости от стажа работы и длительности проживания обследованных в регионе. Наиболее интенсивная аккумуляция фтора в структурах пародонта, по сравнению с альвеолярной костью и зубами, происходит в сроки до 5 лет, что, вероятно, определяется особенностями кровоснабжения и характером обменных процессов в нём. В последующие сроки накопление фтора в структурах пародонта менее выражено, чем в костном веществе и зубах.

В то же время нарушение минерального обмена при гиперфторозе сопровождается выраженными

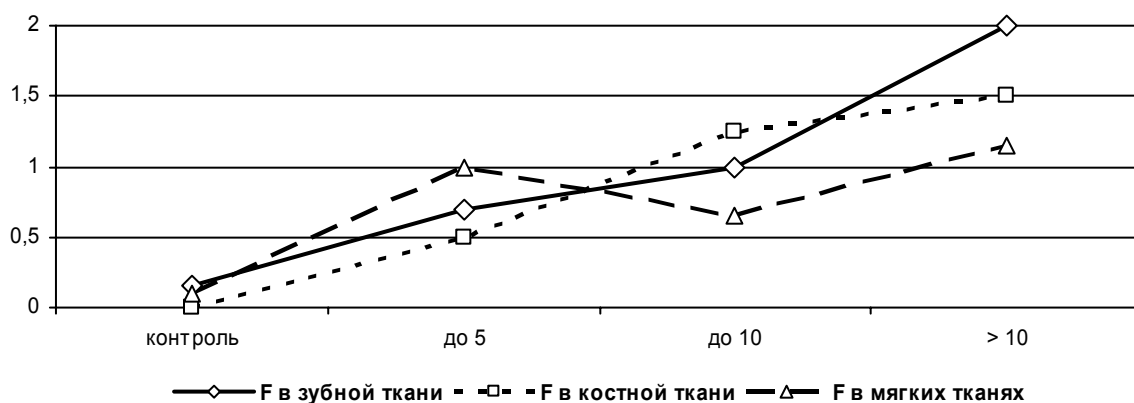


Рис. 2. Содержание фтора в органах зубочелюстной системы в зависимости от длительности воздействия патогенетического фактора.

морфофункциональными изменениями структур органов зубочелюстной системы, которые также находятся в прямой зависимости от длительности контакта обследованных с патогенетическим фактором.

Так, в альвеолярной кости и зубах отмечаются нарастающие дегенеративные процессы, характеризующиеся резорбцией костной ткани, явлениями периостального склероза, количественным и качественным изменением волокнистых, клеточных структур, основного вещества и сосудов микроциркуляторного русла.

В пародонте изменения менее выражены, и они проявляются деструктуризацией соединительнотканых волокон, отеком, изменением клеточных элементов, их функционального состояния, что в совокупности определяет статус хронического воспаления, вызываемого хронической фтористой интоксикацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бун М.М. Токсико-гигиеническая оценка биологического действия гексафторида селена: дис. ... канд. мед. наук / М.М. Бун. — Ангарск, 2005. — С. 24.
2. Горзов И.П. Распространённость кариеса и его профилактика в условиях биогеохимического дефицита фтора и йода: автореф. дис. ... докт. мед. наук / И.П. Горзов. — Киев, 1991. — С. 41.
3. Зислин Д.М. Клинико-экспериментальные данные к обоснованию докостной стадии профессионального флюороза / Д.М. Зислин // Гигиена труда и профзаболеваний. — 1982. — № 3. — С. 39–42.
4. Кузина И.В. Гигиеническая оценка юго-восточного Забайкалья с позиции эндемического флюороза: дис. ... канд. мед. наук / И.В. Кузина. — Чита, 2004. — 110 с.
5. Колесник А.Г. Обоснование, разработка и апробация методики определения суточного поступления фторида по его экскреции с мочой при планировании и мониторинге программы профилактики кариеса с системным использованием соединений фтора / А.Г. Колесник // Новое в стоматологии. — 1996. — № 4. — С. 27–30.
6. Макаров С.В. Генетические факторы предрасположенности к развитию профессионального флюороза / С.В. Макаров // Медицина труда и промышленная экология. — 2000. — № 6. — С. 17.
7. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А.П. Авцын [и др.]. — М.: Медицина, 1991. — С. 4.
8. Николишин А.К. Проявление флюороза на премолярах и молярах / А.К. Николишин // Стоматология. — 1975. — Вып. 54, № 1. — С. 84–85.
9. Потопина С.Я. Патологические аспекты флюороза зубов в условиях дефицита йода: дис. ... канд. мед. наук / С.Я. Потопина. — Чита, 2002. — С. 16.
10. Рединова Т.Л. Углеводы, фтор и кариес зубов / Т.Л. Рединова // Гигиена и санитария. — 1991. — № 6. — С. 38–40.
11. Сапожников С.Б. Роль биогеохимических факторов в развитии краевой патологии / С.Б. Сапожников, А.В. Голенков // Микроэлементы в медицине. — 2001. — Т. 2, вып. 3. — С. 70–72.
12. Строчкова Л.С. Влияние соединений фтора на ферменты клетки / Л.С. Строчкова, В.И. Сороковой // Успехи современной биологии. — 1983. — Т. 96, Вып. 2 (5). — С. 211–223.
13. Яновский Л.М. Морфологические и клинические проявления воспалительных процессов в тканях пародонта и явления остеопороза при некоторых системных заболеваниях / Л.М. Яновский, В.Г. Изатулин, М.С. Грушецкий // Актуальные проблемы морфологии: Сб. ст. науч.-практ. конф. — Красноярск, 2006. — Вып. 5. — С. 62–64.
14. Smith G.E. Fluoride, the environment and human health / G.E. Smith // Respect. Biol. and Med. — 1986. — Vol. 29, N 4. — P. 560–572.

А.М. Хантаков, А.И. Брегель

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)

Полученные результаты подтверждают высокую информативность и безопасность неотложной колоноскопии при подозрении на острое толстокишечное кровотечение, позволяющей в кратчайшие сроки у 67,5 % больных установить причину, локализацию и характер кровотечения.

Ключевые слова: толстокишечные кровотечения, колоректальный рак

ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS OF ACUTE LARGE INTESTINE HAEMORRHAGES

A.M. Khantakov, A.I. Bregel

Irkutsk state medical university of Roszdrav, Irkutsk

Obtained results confirm high self-descriptiveness and safety of urgent colonoscopy at the suspicion of large intestine haemorrhages that allows to determine cause, localization and character of haemorrhage in the shortest possible time.

Key words: large intestine haemorrhages, colorectal cancer

Актуальность проблемы обусловлена возрастающей частотой острых толстокишечных кровотечений, особенно у лиц пожилого и старческого возраста, трудностями своевременного определения их причины и неудовлетворительными результатами лечения этой группы больных.

Цель исследования: определить возможности эндоскопической диагностики причин острых толстокишечных кровотечений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По данным клиники общей хирургии, за период с 1993 по 2007 годы острое толстокишечное кровотечение при неотложной колоноскопии было диагностировано у 123 больных, что составило 2,59 % от всех колоноскопий, выполненных за этот промежуток времени. С направительным диагнозом «толстокишечное кровотечение» направлено 209 пациентов, у 86 толстокишечное кровотечение исключено. Мужчин было 56 (45,5 %), женщин — 67 (54,5 %). По возрасту больные распределились следующим образом: в возрасте до 20 лет был 1 (0,8 %) больной, 21–30 лет — 3 (2,4 %), 31–40 лет — 7 (5,7 %), 41–50 лет — 16 (13,0 %), 51–60 лет — 26 (21,1 %), 61–70 лет — 27 (21,9 %), 71–80 лет — 31 (25,2 %), старше 80 лет было 12 (9,8 %) больных. Таким образом, 70 (56,9 %) больных были в пожилом и старческом возрасте.

Существенное значение в определении рациональной лечебной тактики при остром кишечном кровотечении имеют сроки определения его причины. Неотложная колоноскопия была проведена в первые трое суток пребывания больных в клинике у 76 (61,8 %) больных, в том числе в первые сутки — у 23 (26,0 %), во вторые сутки — у 26 (22,8 %), в третьи — у 16 (13,0 %) больных.

ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Причиной острого толстокишечного кровотечения, по данным неотложной колоноскопии, явились дивертикул (25 случаев) и рак ободочной кишки (15 случаев), эрозивно-геморрагический проктит и колит (15 случаев), острые язвы (12 случаев), НЯК (7 случаев), болезнь Крона (2 случая), полипы (5 случаев) и внутренний геморрой (2 случая).

При опухолях толстой кишки и НЯК диагноз верифицировался при патоморфологическом исследовании биоптата.

Источник кровотечения локализовался в прямой кишке у 15 (12,2 %) больных, в сигмовидной кишке — у 41 (33,3 %), в нисходящей кишке и селезеночном углу — у 14 (11,4 %), в поперечно-ободочной кишке — у 1 (0,8 %), в восходящем отделе — у 8 (6,5 %), в области баугиньевой заслонки и тонкой кишке — у 5 (4,1 %), и у 14 (11,4 %) больных были множественные очаги кровотечения в нескольких отделах толстой кишки. В 25 (20,3 %) наблюдениях при колоноскопии не удалось определить точную локализацию источника кровотечения.

Успешному проведению неотложной колоноскопии зачастую препятствуют трудности полноценной подготовки толстого кишечника к исследованию и тяжёлое состояние больных. У 40 (32,5 %) больных при экстренной колоноскопии был подтверждён факт толстокишечного кровотечения, но установить его причину по данным исследования не удалось.

При колоноскопии у 89 (72,4 %) больных констатировано остановившееся кровотечение, у 31 (25,2 %) было кровотечение малой интенсивности и у 3 (2,4 %) кровотечение носило профузный характер.

Неотложная колоноскопия позволила у 84 (68,3 %) больных, помимо источника кровотечения, обнаружить другие заболевания толстой кишки: дивертикулы (25 случаев), внутренний геморрой (12 случаев), рак (11 случаев), полипы (8 случаев), НЯК (6 случаев), болезнь Крона (2 случая), острые язвы (7 случаев) и эрозии (3 случая), различные формы колита (10 случаев).

Осложнений, связанных с проведением неотложной колоноскопии, в анализируемой группе больных не было.

ВЫВОДЫ

1. Полученные результаты подтверждают высокую информативность и безопасность неот-

ложной колоноскопии при подозрении на острое толстокишечное кровотечение, позволяющей в кратчайшие сроки у 67,5 % больных установить причину, локализацию и характер кровотечения.

2. Наиболее частой причиной кровотечения являются дивертикулы толстой кишки, колоректальный рак, острые язвы, эрозивно-геморрагический колит и проктит.

3. Источник кровотечения чаще локализуется в сигмовидной, прямой кишке и нисходящей ободочной кишке с селезеночным углом.

4. 56,9 % больных с колоректальным кровотечением были пожилого и старческого возраста.

Б.С. Хышиктуев, Н.С. Кузнецова, П.Б. Цыдендамбаев

КОРРЕКЦИЯ ГОРМОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СДВИГОВ У СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Росздрава» (Чита)

Проведено исследование адаптационных реакций студентов под влиянием растительных препаратов в течение первого года обучения в вузе. Изучена динамика секреции кортизола, метаболитов катехоламинов, параметров системы «ПОЛ – антиоксиданты». У студентов, принимавших препараты пятилистника и подорожника, выраженность окислительного стресса и гормональных сдвигов была достоверно ниже, чем в контроле. На основании полученных результатов сделан вывод о том, что использование данных адаптогенов эффективно для профилактики дисадаптационных состояний у первокурсников.

Ключевые слова: адаптация, студенты, гормоны, липопероксидация

CORRECTION OF HORMONAL-METABOLIC SHIFTS IN STUDENTS OF PRIMARY COURSES DURING THE PROCESS OF ADAPTATION

B.S. Hyshiktuyev, N.S. Kuznetsova, P.B. Tsydendambayev

Chita state medical academy of Roszdrav, Chita

The research of adaptive reactions of the students by the vegetative drugs influence was conducted during the first grade level at high school. Dynamics of a secretion of a cortisol, metabolites of catecholamins and parameters of a system «lipid peroxidation-antioxidants» was studied. For the students received drugs Penta-phyllodes fruticosa and a Plantago Major L. an expressiveness of an oxidative stress and hormonal shifts was authentically below, than in the control. It was made the conclusion on the ground of the obtained outcomes, that usage of the data adaptogenes is effective for preventive maintenance disadaptonal of condition for students of low courses.

Key words: adaptation, students, hormones, lipoperoxidation

Адаптация к комплексу новых факторов, специфичных для высшей школы, представляет собой сложный многоуровневый социально-психофизиологический процесс [12, 17]. Большой поток информации, ускорение темпов жизни, наличие вредных привычек, частые нарушения режима труда и отдыха, питания, постоянное умственное и психоэмоциональное напряжение, особенно в период сессий, при отсутствии соответствующей коррекции могут привести к срыву компенсаторно-приспособительных механизмов и развитию различных патологических состояний [1, 7].

Материалы динамических исследований свидетельствуют о том, что наиболее неблагоприятные изменения функциональных показателей отмечаются на начальных этапах обучения: у первокурсников отмечаются различные проявления дезадаптации, среди которых значительное место занимают неврозы, психическое переутомление, снижение общей работоспособности [14]. Это выражается прежде всего в нарушении деятельности центральной нервной системы и регуляции сосудистого тонуса [10, 26], что объясняется лабильностью вегетативной нервной системы, а также несформированностью механизмов адаптации к повышенным эмоциональным нагрузкам [25].

Для оптимизации адаптационных процессов актуальной является разработка и применение методов и средств повышения неспецифической и специфической резистентности организма, его адаптационных возможностей.

Основным фармакологическим свойством адаптогенов следует считать регуляцию течения стрессорной реакции организма благодаря их воздействию на эндокринную систему и антиоксидантную активность [2, 27]. Известно, что активация липопероксидации является общим звеном различных стрессорных повреждений, поэтому для предупреждения их последствий перспективно применение природных антиоксидантов, которые препятствуют чрезмерной интенсификации свободно-радикального окисления и, по существу, играют роль периферической стресс-лимитирующей системы [5].

В этом аспекте интерес представляют природные адаптогены растительного происхождения, такие как пятилистник и подорожник, высокая антиокислительная активность которых была ранее подтверждена в наших исследованиях [16].

На основании вышеизложенного сформулирована следующая цель исследования: изучить биохимические параметры (перекисный и антиоксидантный статус, уровень кортизола и катехоламинов, общих липидов, глицерола, неэстерифицированных жирных кислот) у студентов 1-го курса в процессе адаптации к учебной нагрузке под влиянием растительных адаптогенов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено обследование первокурсников лечебного и педиатрического факультетов Читинской государственной медицинской академии в

различные периоды адаптации к условиям обучения в вузе.

Для этого в начале учебного года из числа студентов 1 курса были отобраны 25 практически здоровых человек (на основании данных комплексного медицинского обследования). Все обследуемые были сопоставимы по возрасту, социально-бытовым условиям, балл аттестата о среднем образовании колебался в пределах от 4,3 до 4,8. Из них были сформированы три группы: 1-я состояла из 9 человек, получавших плацебо (по 1 таблетке глюкозы 1 раз в день); 2-я группе (n = 8) в течение первого семестра обучения назначали препарат пятилистника кустарникового (производства ЗАО «Тайга-Продукт» (Ангарск)) с витамином Е (по 1 капсуле 1 раз в день); 3-я группа (n = 8) принимала подорожник (производства ЗАО «Фирма «Здоровье» (Москва)) с витамином Е. Растительные препараты готовили и назначали согласно рекомендациям в аннотации. Курсы приема были одновременными, по 25 дней с перерывом между приемами в один месяц. Всего было проведено два курса за полугодие.

В январе в период сессии (через 5 месяцев после начала обучения) проводили повторную оценку биохимических показателей с помощью описанных ниже методов.

В начале исследования студенты были проинформированы о целях и задачах работы, и было получено их согласие на проведение обследования.

Всем учащимся в вышеуказанные периоды проводили биохимическое исследование крови и мочи. Кровь забирали из вены с 8 до 9 часов утра, натощак, в положении исследуемого сидя.

В крови определяли содержание стероидных гормонов (кортизола) методом твердофазного иммуноферментного анализа наборами «СтероидИФА-кортизол» («Алкор-Био» (Россия)); неэстерифицированных жирных кислот — по методу М.Ю. Прохорова с соавт. (1977) [22]; глицерола — методом ферментативного фотометрического теста с глицерол-3-фосфатоксидазой; общие липиды — наборами производства «Lachema» (Чехия); концентрацию ТБК-положительного материала — с

помощью теста с тиобарбитуровой кислотой [4]; активность каталазы — по методу М.А. Королюк с соавт. (1988) [20]; общую антиокислительную активность — по методу М.Ш. Промышлова с соавт. (1987) [21]. В плазме крови исследовали количество липидов с кратными связями, диеновых конъюгатов (ДК), кетодиенов и сопряженных триенов (КД и СТ) по методу И.А. Волчегорского с соавт. (1989) [24]. Эритроциты служили средой, где исследовали концентрацию ТБК-положительного материала [4], скорость каталазной реакции [20] и их устойчивость к перекисному гемолизу (ПРЭ) [13].

Определение метаболитов катехоламинов в моче: ванилилиндалной (ВМК), диоксифенилуксусной (ДОФУК), гидроксиндолуксусной (ГИУК), гомованилиной (ГВК) кислот — проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) [11].

Анализ полученных данных проведен с помощью метода вариационной статистики с определением различий по критерию Стьюдента. Статистический обсчет выполнялся на компьютере IBM Pentium-4 пакетом «Microsoft Excel professional for Windows XP».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В обследованных группах через полгода обучения уровень кортизола вырос: в первой — на 76,3%, во второй — на 50,3%, в третьей — на 60,9%, по сравнению с исходными цифрами (табл. 1). Очевидно, высокая реактивность, обеспечивающая резкое увеличение интенсивности стероидогенеза в ответ на стресс, гарантирует более высокую устойчивость по отношению к длительным и сильным стрессорным воздействиям. Это может быть связано с тем, что глюкокортикоиды, будучи естественными антиоксидантами, увеличивают мощность антирадикальной защиты организма

Аналогичная направленность сдвигов была характерна и для ВМК — ее экскреция увеличивалась соответственно по группам на 339,1%, 79,0% и 176,8% соответственно, что свидетельствует об активации симпатико-адреналовой системы [23].

Таблица 1
Динамика уровня кортизола и метаболитов биогенных аминов у студентов обследуемых групп (M ± m)

Параметры	Исходный уровень (n = 25)	1-я группа	2-я группа	3-я группа
		Плацебо (n = 9)	Пятилистник + вит. Е (n = 8)	Подорожник + вит. Е (n = 8)
Кортизол (нмоль/л)	533,8 ± 28,3	940,9 ± 88,9***	802,07 ± 47,9***	858,7 ± 82,3***
ВМК (мг/сутки)	4,99 ± 0,41	21,91 ± 1,58***	8,94 ± 0,66*** p ₁ < 0,001	13,81 ± 1,33*** p ₁ < 0,01 p ₂ < 0,01
ДОФУК (мг/сутки)	5,73 ± 0,46	7,72 ± 1,01*	5,67 ± 0,49	6,03 ± 0,56
ГИУК (мг/сутки)	0,67 ± 0,28	0,76 ± 0,03	1,03 ± 0,04	1,10 ± 0,04
ГВК (мг/сутки)	1,59 ± 0,33	7,91 ± 0,72***	3,69 ± 0,19*** p ₁ < 0,001	5,01 ± 0,61*** p ₁ < 0,01

Примечание: достоверные различия с исходным уровнем: * – p < 0,05; ** – p < 0,01; *** – p < 0,001; p – уровень значимости между группами, принимавших препараты: p₁ – относительно плацебо; p₂ – подорожник относительно пятилистника.

Как видно, в группах, где студенты принимали антиоксидантные препараты, элиминация данного метаболита была значительно меньше, чем в группе с плацебо: на 59,2 % во второй группе и на 37,0 % – в третьей. При этом цифры ВМК во второй группе были меньше, чем в третьей, на 35,3 %.

Метаболизм ДОФУК статистически значимо изменялся только в первой группе, где наблюдалось увеличение этой величины в 1,3 раза по сравнению с исходными данными.

Параметры экскреции ГВК были сходны с ВМК: регистрировался рост во всех группах. Максимальной величины уровень ГВК достигал в первой группе 497,5 %; во второй и третьей группах – 232,1 % и 315,1 %, соответственно, от исходной концентрации, что было меньше, чем в группе с плацебо, на 53,3 % и 36,7 % соответственно.

Судя по экскреции ГИУК у всех обследованных студентов, образование медиаторов серотонинергической стресс-лимитирующей системы оставалось на прежнем уровне, что свидетельствует о ее недостаточности на фоне выраженной стрессорной реакции.

Изменения показателей обмена липидов представлены в таблице 2. В первой группе на фоне незначительно возросшего уровня общих липидов сыворотки, наблюдалось увеличение содержания глицерола в 1,3 раза и НЭЖК – в 1,4 раза по сравнению с исходными значениями. Это является, вероятно, следствием жиромобилизующего эффекта глюкокортикостероидов и катехоламинов [18].

Таких изменений в двух других группах не регистрировалось, а концентрация глицерола была достоверно ниже, чем в группе с плацебо, на 30,6 % и 23,2 % во второй и третьей группах соответственно.

Безусловно, нейромедиаторы могут влиять на активность перекисного окисления липидов (ПОЛ): так, изучение антиоксидантных свойств биогенных аминов показало, что серотонин, один из важнейших медиаторов стресс-лимитирующей системы, обладает выраженными антиоксидантными свойствами, в то время как норадреналин, медиатор стресс-реализующей системы, активизирует процессы ПОЛ и может усиливать цитотоксическое действие в тех областях ЦНС, которые содержат норадренергические нейроны, участвующие в

Таблица 2
Динамика уровня общих липидов, глицерола и НЭЖК у студентов обследуемых групп (M ± m)

Параметры	Исходный уровень (n = 25)	1-я группа	2-я группа	3-я группа
		Плацебо (n = 9)	Пятилистник + вит. Е (n = 8)	Подорожник + вит. Е (n = 8)
Общие липиды сыворотки (г/л)	4,87 ± 0,17	4,93 ± 0,08	4,68 ± 0,17	4,51 ± 0,22
Глицерол сыворотки (мг/100 мл)	3,52 ± 0,17	4,44 ± 0,18**	3,08 ± 0,21 <i>p</i> ₁ < 0,001	3,41 ± 0,20 <i>p</i> ₁ < 0,01
НЭЖК сыворотки (мкмоль/л)	477,16 ± 26,55	646,39 ± 41,34**	512,71 ± 48,62	578,54 ± 42,83

Примечание: достоверные различия с исходным уровнем: * – *p* < 0,05; ** – *p* < 0,01; *** – *p* < 0,001); *p* – уровень значимости между группами, принимавших препараты: *p*₁ – относительно плацебо; *p*₂ – подорожник относительно пятилистника.

Таблица 3
Динамика уровня продуктов липопероксидации, перекисной резистентности эритроцитов и активности антиоксидантных факторов у студентов обследованных групп (M ± m)

Параметры	Исходный уровень (n = 25)	1-я группа	2-я группа	3-я группа
		Плацебо (n = 9)	Пятилистник + вит. Е (n = 8)	Подорожник + вит. Е (n = 8)
ТБК-активные продукты сыворотки (мкмоль/мг липидов)	1,81 ± 0,02	2,77 ± 0,02***	1,71 ± 0,03 <i>p</i> ₁ < 0,001	1,75 ± 0,02 <i>p</i> ₁ < 0,001
ТБК-активные продукты эритроцитов (мкмоль/мг липидов)	70,06 ± 0,25	79,22 ± 0,65***	68,96 ± 0,22 <i>p</i> ₁ < 0,001	69,50 ± 0,28 <i>p</i> ₁ < 0,001
ПРЭ (% гемолизированных клеток)	5,95 ± 0,18	5,65 ± 0,29	5,21 ± 0,45	5,01 ± 0,51
Каталаза эритроцитов (нмоль/с*мг белка)	11,92 ± 0,07	11,78 ± 0,07	10,20 ± 0,14*** <i>p</i> ₁ < 0,001	10,03 ± 0,11*** <i>p</i> ₁ < 0,001
Общая АОА (%)	11,99 ± 0,15	11,85 ± 0,10	12,41 ± 0,19 <i>p</i> ₁ < 0,05	12,52 ± 0,29 <i>p</i> ₁ < 0,05
Изопропанольная фаза ДК (ΔE ₂₃₂ /мг липидов)	0,98 ± 0,06	0,43 ± 0,08***	0,15 ± 0,04*** <i>p</i> ₁ < 0,01	0,33 ± 0,02*** <i>p</i> ₂ < 0,001
КД и СТ (ΔE ₂₇₈ /мг липидов)	1,18 ± 0,10	1,05 ± 0,07	0,76 ± 0,08*** <i>p</i> ₁ < 0,05	0,83 ± 0,07*** <i>p</i> ₁ < 0,05
E _{232/220}	0,91 ± 0,09	0,36 ± 0,05**	0,15 ± 0,07*** <i>p</i> ₁ < 0,05	0,29 ± 0,06***
E _{278/220}	1,09 ± 0,10	0,96 ± 0,05	1,04 ± 0,13	0,84 ± 0,08

Примечание: достоверные различия с исходным уровнем: * – *p* < 0,05; ** – *p* < 0,01; *** – *p* < 0,001); *p* – уровень значимости между группами принимавших препараты: *p*₁ – относительно плацебо; *p*₂ – подорожник относительно пятилистника.

регуляции эмоционального состояния и внимания [8]. Неспецифические реакции адаптации, регулируемые нейроэндокринными гипофизарно-надпочечниковой и симпатико-адреналовой системами, направлены на мобилизацию ресурсов организма и сопряжены с возрастанием энергетических затрат. Активация симпатoadреналовой системы при стрессе сопровождается выбросом катехоламинов, которые в высоких дозах вместе с продуктом их окисления адренохромом являются мощными инициаторами ПОЛ.

Изменения со стороны параметров системы «ПОЛ – АОЗ» в группах студентов после назначения комплексных адаптогенных препаратов представлены в таблице 3.

В группе с плацебо отмечалось уменьшение концентрации изопропаноластворимых ДК на 56,1 % на фоне снижения коэффициента $E_{232/220}$ в 2,5 раза.

Как видно из таблицы 3, применение антиоксидантных препаратов привело к снижению содержания первичных продуктов ПОЛ по сравнению с исходным уровнем. Так, содержание КД и СТ в изопропанольной фазе снизилось на 35,6 % во второй группе и на 29,7 % в третьей относительно исходных значений. Во второй и третьей группах показатели ДК в этой же фазе уменьшались на 84,7 % и 66,3 % соответственно; происходило падение значений коэффициента $E_{232/220}$ на 83,5 % и 68,1 % соответственно относительно таковых в начале обследования.

Сравнительный анализ изменений начальных интермедиатов ПОЛ, представленных в таблице 3, показал, что в гептановой фазе уровень ДК во второй группе был минимальным и на 31,0 % ниже, чем в группе с плацебо. В третьей группе коэффициент $E_{278/220}$ достигал максимального значения и был на 33,8 % выше, чем в первой группе. В изопропанольной фазе достоверные отличия регистрировались во второй группе, где уровень ДК был минимальным и на 65,1 % меньше, чем в первой группе, и на 54,5 % меньше, чем в третьей. Значения КД и СТ у студентов, принимавших антиокислительные препараты, были более низкими, чем в группе с плацебо, на 27,6 % и 20,9 % во второй и третьей группах соответственно. Причем, во второй группе коэффициент $E_{232/220}$ был в 2,4 раза меньше, чем в первой.

Со стороны промежуточных интермедиатов липопероксидации в первой группе наблюдалась неблагоприятная картина, где и в сыворотке, и в эритроцитах их уровень вырос на 53,0 % ($p < 0,001$) и 13,1 % ($p < 0,001$) соответственно, по сравнению с исходным содержанием (табл. 3). В настоящее время существует большое количество исследований, свидетельствующих об усилении интенсивности свободнорадикальных реакций при стрессе, в том числе и эмоциональном. При психических расстройствах [3] обнаружено увеличение содержания гидропероксидов и малонового диальдегида (МДА) в сыворотке и эритроцитах, снижение уровня витамина Е и антиокислительной активности эритроцитов; по данным Е.В. Крюкова и

В.Г. Новоженова [15], в процессе адаптации к профессиональной деятельности также происходит активация ПОЛ.

В двух других группах величины ТБК-активных продуктов существенно не изменялись, но были ниже, чем в группе с плацебо, во второй группе в сыворотке и эритроцитах на 38,3 % и 12,9 % соответственно; в третьей – на 36,8 % и 12,3 %.

Несмотря на различное содержание продуктов ПОЛ у всех обследованных студентов в эритроцитах, их устойчивость к перекисному гемолизу на протяжении всего периода исследования статистически значимо не изменялась, хотя во второй и третьей группах наблюдалась тенденция к увеличению ПРЭ. Это явление можно объяснить тем, что повышенное накопление активных форм кислорода и продуктов ПОЛ способно усиливать экспрессию генов основных антиоксидантных ферментов – супероксиддисмутазы, каталазы, глутатионпероксидазы [9].

На фоне приема антиоксидантных препаратов у студентов отмечался рост общей антиокислительной активности сыворотки крови, которая была выше, чем в группе с плацебо, на 4,7 % и 5,7 %, соответственно, во второй и третьей группах. Но в данных группах было зафиксировано снижение активности каталазы эритроцитов на 14,4 % и 15,9 % по сравнению с контрольными цифрами, что было на 13,4 % и 14,9 % меньше, чем в группе с плацебо.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение антиокислительных препаратов в качестве корректора биохимических сдвигов у студентов-первокурсников является достаточно эффективным. Подобный эффект может быть следствием не только обусловливаемой адаптогенами селективной модуляции симпатoadреналовой системы и антиокислительной активности, но и проявляющейся под их влиянием оптимизации возбудимости, лабильности и резистентности нервно-мышечного аппарата на фоне действия экстремальных факторов [19]. Коррекция антиоксидантной активности с помощью адаптогенов приводит одновременно с уменьшением кортикотропной реакции гипофиза к торможению интенсивности перекисного окисления липидов [6], которое, как известно, является общим звеном различных стрессорных повреждений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аветисян Л.Р. Изучение влияния повышенной учебной нагрузки на состояние здоровья учащихся / Л.Р. Аветисян, С.Г. Кочарова // Гигиена и санитария. – 2001. – № 6. – С. 48–49.
2. Аккуратова Л.О. Роль ПОЛ в механизме действия фитоадаптогенов / Л.О. Аккуратова, Ф.П. Крендаль // Фармация. – 1989. – Т. 38, № 6. – С. 83–85.
3. Александровский Ю.А. Неврозы и перекисное окисление липидов / Ю.А. Александровский, М.В. Поюровский, Г.Г. Незнамов. – М.: Наука, 1991. – 186 с.

4. Андреева Л.И. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой / Л.И. Андреева, Л.А. Кожемякин, А.А. Кишкун // Лаб. дело. — 1988. — № 11. — С. 41—43.
5. Анищенко Т.Г. Половые аспекты проблемы стресса и адаптации / Т.Г. Анищенко // Успехи современной биологии. — 1999. — Т. 111, Вып. 3. — С. 467—475.
6. Балицкий К.П. Лекарственные растения в терапии злокачественных опухолей / К.П. Балицкий, А.Л. Воронцова // 3-е изд. — М. — Ростов-на-Дону: Изд-во Рост. ун-та, 1980. — 294 с.
7. Барбараш Н.А. Взаимосвязь стрессоров и процессов физического развития у лиц юношеского возраста / Н.А. Барбараш, Д.Ю. Кувшинов, М.Я. Тульчинский // Вестник РАМН. — 2003. — № 3. — С. 38—40.
8. Бурлакова Е.Б. Перекисное окисление липидов и природные антиоксиданты / Е.Б. Бурлакова, Н.Г. Хранова // Успехи химии. — 1985. — Т. 56, № 9. — С. 1540.
9. Влияние интервальной гипоксической тренировки на процессы перекисного окисления липидов и активность антиоксидантных ферментов / С.А. Ельчанинова [и др.] // Физиология человека. — 2003. — Т. 29, № 3. — С. 72—75.
10. Глущенко А.Г. Факторы, влияющие на работоспособность и функциональное состояния студентов первого курса / А.Г. Глущенко, И.И. Слепушкина, Ю.А. Литвинова // Гигиена и санитария. — 1981. — № 3. — С. 34—37.
11. Дутов А.А. ВЭЖХ-анализ метаболитов катехоламинов и серотонина в моче для рутинной лабораторной практики / А.А. Дутов // Клинич. лаб. диагностика. — 2006. — № 2. — С. 18—21.
12. Здоровье студентов / Под ред. Н.А. Агаджаняна. — М.: РУДН. — 1997. — С. 156—182.
13. Исследование показателей липидного обмена и перекисного окисления липидов: Метод, рекомендации ЦОЛИ УВ / Под ред. Г.А. Яровой. — М., 1987. — 24 с.
14. Киколов А.И. Обучение и здоровье / А.И. Киколов. — М., 1986. — С. 86—97.
15. Крюков Е.В. Изменения перекисного гомеостаза у военнослужащих в процессе адаптации к службе и климатогеографическим условиям / Е.В. Крюков, В.Г. Новоженев // Военно-медицинский журнал. — 2003. — № 5. — С. 28—34.
16. Кузнецова Н.С. Антиокислительная активность некоторых растительных препаратов / Н.С. Кузнецова // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины: материалы Всерос. науч.-практ. конф., посвященной 50-летию ЧГМА, 1—2 окт. 2003 г. — Чита, 2003. — С. 287—288.
17. Ластовченко В.Б. Адаптация студентов к обучению в вузе / В.Б. Ластовченко // Гигиена и санитария. — 1983. — № 7. — С. 21—23.
18. Лейтес С.М. Проблемы регуляции обмена веществ в норме и патологии / С.М. Лейтес. — М.: Медицина, 1978. — 224 с.
19. Лупандин А.В. Общий механизм приспособления организма под влиянием полифенольных адаптогенов / А.В. Лупандин // Успехи физиологических наук. — 1999. — Т. 22, № 1. — С. 20—39.
20. Метод определения активности каталазы / М.А. Королюк [и др.] // Лаб. дело. — 1988. — № 1. — С. 16—19.
21. Промыслов М.Ш. Модификация метода определения суммарной антиоксидантной активности сыворотки крови / М.Ш. Промыслов, М.Л. Демчук // Вопросы мед. химии. — 1990. — № 4. — С. 90—92.
22. Прохоров М.Ю. Простой колориметрический микрометод определения свободных жирных кислот / М.Ю. Прохоров, М.П. Тиунов, Д.А. Шакалис // Лаб. дело. — 1977. — № 9. — С. 535—536.
23. Содержание серотонина, норадреналина и дофамина в крови студентов в период экзаменационной сессии / Г.С. Хачатрян [и др.] // Журн. эксперим. и клинич. медицины. — 1981. — Т. 20, № 3. — С. 308—313.
24. Сопоставление различных подходов к определению продуктов перекисного окисления липидов в гептан-изопропанольных экстрактах крови / И.А. Волчегорский [и др.] // Вопросы мед. химии. — 1989. — № 1. — С. 127—131.
25. Спицын А.П. Особенности адаптации студентов младших курсов медицинского вуза к учебной деятельности / А.П. Спицын // Гигиена и санитария. — 2002. — № 1. — С. 47—49.
26. Физиолого-гигиенические аспекты адаптации студентов к обучению в вузе / Н.Ф. Борисенко [и др.] // Гигиена и санитария. — 1982. — № 9. — С. 36—38.
27. Яременко К.В. Адаптогены как средства профилактической медицины / К.В. Яременко. — Томск, 1990. — 96 с.

А.В. Шипицын, А.И. Брегель

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СОЧЕТАННЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)

*Информативным методом диагностики сочетанных язв является гастроэноскопия. При обнаружении хронической язвы желудка или ДПК необходимо исключить наличие сочетанных язв этих органов.***Ключевые слова:** язва желудка, эндоскопия**ENDOSCOPIC DIAGNOSTICS OF COMBINED CHRONIC STOMACH AND DUODENAL ULCERS**

A.V. Shipitsin, A.I. Bregel

Irkutsk state medical university of Roszdrav, Irkutsk

*Gastroduodenoscopy is informative method of diagnostics of combined ulcers. At the discovery of chronic stomach or duodenal ulcer it's necessary to exclude combined ulcers of these organs.***Key words:** stomach ulcer, endoscopy

Актуальность определяется сложностью диагностики сочетанных гастроэнодуоденальных язв и более частым возникновением осложнений.

Цели и задачи — установить зависимость частоты сочетанного язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки от пола, возраста, определить преимущественную локализацию язв в желудке и двенадцатиперстной кишке, их размеры.

Под хроническими сочетанными язвами (СЯ) подразумевается одновременное или последовательное язвенное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) или существование язвы или язв одной локализации в сочетании с рубцово-язвенной деформацией другой локализации [6, 13]. Сочетанные язвы встречаются у 3,8–6,2 % больных язвенной болезнью [1, 2, 3, 7, 8, 12].

Соотношение мужчин и женщин при данной патологии составляет от 2:1 до 8:1 [1, 3, 4, 9, 10, 11]. Чаще СЯ встречаются у больных в возрасте от 45 до 60 лет [1, 5, 15, 18].

Наличие язвенного дефекта одновременно в желудке и ДПК, по данным В.А. Широкова и Е.М. Бараш [2, 19], наблюдаются у 67,2–70,8 % больных. По данным других авторов, при СЯ, как правило, выявляется сочетание язвенного дефекта в желудке с зарубцевавшейся язвой ДПК (62–67 %) и реже (4,6–6 %) — сочетание язвенного дефекта в ДПК с послеязвенными рубцами в желудке [6, 9, 13].

Разноречивы и взгляды учёных на локализацию и размеры СЯ в желудке и ДПК. Так, по данным одних авторов [13, 17, 19], антральный и выходной отделы желудка по малой кривизне поражаются в 52–64 %.

По данным Е.М. Бараш [2], язва желудка чаще локализуется в пилороантральном отделе (у 47 из 107 больных) и реже — в субкардиальном отделе (у 4 из 107 больных).

Н.М. Кузин и А.В. Самохвалов [6] утверждают, что язва желудка у 85,2 % больных располагается по малой кривизне, у 8,5% — на задней и у 6,3 % больных — на передней стенке. По данным В.А. Широкова [19], у 78,48 % больных язва в желудке локализуется на малой кривизне, у 13,19 % — на задней и у 7,64 % больных — на передней стенке органа.

В ДПК язвенные дефекты чаще выявляются на задней стенке (у 44,4–51,4 % больных), на передней — у 16,7–34,7 %, на верхней — у 13,9–27,8 %, на нижней стенке — у 11,1 % больных [16, 19].

Размеры язвенного дефекта как в желудке, так и в ДПК, у большинства больных не превышают 1 см (67,7–72,6 %), а язвы более 3 см в диаметре встречаются в 4,2–8,9 % случаев [1, 14, 18].

СЯ осложняются кровотечением у 22,0–58,0 % больных [2, 8, 12, 13, 14, 17, 19].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Настоящее сообщение основано на результатах обследования 128 больных с наличием язвенного дефекта одновременно в желудке и ДПК, что составило 1,1 % от всех больных с гастроэнодуоденальными язвами за анализируемый период времени. Меньший процент больных с СЯ, по сравнению с данными литературы, объясняется тем, что в анализируемую группу не вошли пациенты с послеязвенными рубцами в желудке и ДПК. Среди больных с язвой ДПК больные СЯ составили 1,7 %, среди больных с язвой желудка — 3,4%. У всех больных диагноз верифицирован при проведении гастроэноскопии.

Группы сравнения составили больные с наличием хронической язвы только в желудке или в ДПК. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Средний возраст больных с СЯ составил 58,5 лет, больных с язвой желудка — 56,7 лет, с язвой ДПК — 45,4 года.

Больные с СЯ чаще обращались в больницу в весенний (36 человек (28,1 %)) и осенний (35 человек (27,3 %)) периоды.

У 48 (48,0 %) больных из анамнеза установлено наличие язвенной болезни желудка и ДПК, у 52 (52,0 %) СЯ была выявлена впервые.

У большинства больных имелись различные сопутствующие заболевания. Заболевания сердечнососудистой системы диагностированы у 44 больных, системы органов дыхания — у 15, ревматологические заболевания — у 15 и болезни мочевыделительной системы — у 7 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

У 128 больных в желудке было 140 дефектов слизистой (у 12 больных было 2 язвы желудка). Локализация язвенных дефектов желудка в срав-

нении с контрольной группой представлена в таблицах 2 и 3.

В теле и антральном отделе язвы чаще встречались у лиц старше 70 лет, в препилорическом и пилорическом отделах — у лиц в возрасте 50–59 лет.

У 128 больных выявлено 138 язвенных дефектов ДПК (у 10 больных было по 2 язвы луковицы ДПК). Локализация язв на стенках ДПК в зависимости от пола больных представлена в таблице 4.

Размеры язвенных дефектов желудка и ДПК представлены в таблице 5. Размеры язвенных дефектов в желудке определены у 137 из 140 язв, в ДПК — у 124 из 138 язв.

У 58 из 128 (45,3 %) больных одна из СЯ осложнилась кровотечением. Это составило 3,2 % всех язвенных кровотечений за анализируемый период времени.

Источник кровотечения локализовался в желудке у 40 (69,0 %) больных, в двенадцатиперстной

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

	Сочетанные хронические язвы			Хронические язвы желудка			Хронические язвы ДПК		
	Муж.	Жен.	Всего (%)	Муж.	Жен.	Всего (%)	Муж.	Жен.	Всего (%)
20–29 (%)	4	–	4 (3,1 %)	2	–	2 (4 %)	12	3	15 (30 %)
30–39 (%)	8	2	10 (7,8 %)	3	–	3 (6 %)	6	1	7 (14 %)
40–49 (%)	16	5	21 (16,4 %)	6	3	9 (18 %)	6	1	7 (14 %)
50–59 (%)	16	12	28 (21,9 %)	7	8	15 (30 %)	5	2	7 (14 %)
60–69 (%)	18	13	31 (24,2 %)	5	6	11 (22 %)	7	1	8 (16 %)
Старше 70	12	22	34 (26,6 %)	2	8	10 (20 %)	2	4	6 (12 %)
Всего (%)	74 (57,8 %)	54 (42,2 %)	128 (100 %)	25 (50 %)	25 (50 %)	50 (100 %)	38 (76 %)	12 (24 %)	50 (100 %)

Таблица 2

Локализация язв в желудке по отделам в зависимости от пола больных

Отделы желудка	Сочетанные хронические язвы			Хронические язвы желудка		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)
Кардиальный и субкардиальный	5 (6,3 %)	1 (1,6 %)	6 (4,3 %)	2 (8,0 %)	4 (16,0 %)	6 (12,0 %)
Тело желудка	20 (25,3 %)	20 (32,8 %)	40 (28,6 %)	7 (28,0 %)	5 (20,0 %)	12 (24,0 %)
Антральный отдел и угол желудка	16 (20,3 %)	22 (36,1 %)	38 (27,1 %)	5 (20,0 %)	6 (24,0 %)	11 (22,0 %)
Препилорический и пилорический	38 (48,1 %)	18 (29,5 %)	56 (40,0 %)	11 (44,0 %)	10 (40,0 %)	21 (42,0 %)
Всего	79 (100 %)	61 (100 %)	140 (100 %)	25 (100 %)	25 (100 %)	50 (100 %)

Таблица 3

Локализация язв в желудке по стенкам в зависимости от пола больных

Стенка желудка	Сочетанные хронические язвы			Хронические язвы желудка		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)
Малая кривизна	51 (64,6 %)	44 (72,1 %)	95 (67,9 %)	14 (56,0 %)	12 (48,0 %)	26 (52,0 %)
Передняя стенка	13 (16,5 %)	8 (13,1 %)	21 (15,0 %)	7 (28,0 %)	5 (20,0 %)	12 (24,0 %)
Задняя стенка	13 (16,5 %)	5 (8,2 %)	18 (12,9 %)	4 (16,0 %)	7 (28,0 %)	11 (22,0 %)
Большая кривизна	2 (2,5 %)	4 (6,6 %)	6 (4,3 %)	0 (0 %)	1 (4,0 %)	1 (2,0 %)
Всего	79 (100 %)	61 (100 %)	140 (100 %)	25 (100 %)	25 (100 %)	50 (100 %)

Таблица 4

Локализация язв в ДПК по стенкам в зависимости от пола больных

Стенка ДПК	Сочетанные хронические язвы			Хронические язвы ДПК		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)
Передняя	43 (54,4 %)	30 (50,9 %)	73 (52,9 %)	19 (50,0 %)	7 (58,3 %)	26 (52,0 %)
Верхняя	21 (26,6 %)	18 (30,5 %)	39 (28,3 %)	14 (36,8 %)	1 (8,3 %)	15 (30,0 %)
Задняя	14 (17,7 %)	4 (6,8 %)	18 (13,0 %)	4 (10,5 %)	4 (33,3 %)	8 (16,0 %)
Нижняя	1 (1,3 %)	7 (11,9 %)	8 (5,8 %)	1 (2,6 %)	0 (0 %)	1 (2,0 %)
Всего	79 (100 %)	59 (100 %)	138 (100 %)	38 (100 %)	12 (100 %)	50 (100 %)

Таблица 5

Размер язв желудка и ДПК в зависимости от пола больных

Размер язвы	Язвы желудка			Язвы ДПК		
	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)	Муж. (%)	Жен. (%)	Всего (%)
0,1–0,9 см	36 (46,8 %)	26 (43,3 %)	62 (45,3 %)	46 (64,8 %)	24 (45,3 %)	70 (56,5 %)
1,0–1,9 см	26 (33,8 %)	16 (26,7 %)	42 (30,7 %)	24 (33,8 %)	20 (37,7 %)	44 (35,5 %)
2,0–2,9 см	7 (9,1 %)	8 (13,3 %)	15 (11,0 %)	1 (1,4 %)	8 (15,1 %)	9 (7,3 %)
Больше 3,0 см	8 (10,4 %)	10 (16,7 %)	18 (13,1 %)	0 (0 %)	1 (1,9 %)	1 (0,8 %)
Всего	77 (100 %)	60 (100 %)	137(100 %)	71 (100 %)	53 (100 %)	124 (100 %)

кишке – у 9 (15,5%), одновременно в желудке и двенадцатиперстной кишке – у 9 (15,5%).

Вероятность возникновения кровотечения из СЯ увеличилась с возрастом. В возрасте 60–69 лет СЯ осложнились кровотечением у 61,3% больных, а старше 70 лет – у 47,1%.

ВЫВОДЫ

СЯ желудка и ДПК составляют 1,1% от всех больных с хроническими гастродуоденальными язвами. У мужчин они встречаются в 1,4 раза чаще, чем у женщин. Средний возраст больных составляет 58,5 лет. Вероятность возникновения СЯ и их размеры увеличиваются с возрастом. В желудке СЯ в 67,1% располагаются в антральном и выходном отделах, а в луковице ДПК – в 52,9% на ее передней стенке. Кровотечения при СЯ возникают почти в 2,9 раза чаще, чем из одиночных язв, и составляют 3,2% от всех язвенных кровотечений.

Информативным методом диагностики СЯ является гастродуоденоскопия. При обнаружении хронической язвы желудка или ДПК необходимо исключить наличие СЯ этих органов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багданов-Березовский А.Г. Множественные хронические язвы желудка / А.Г. Багданов-Березовский, Ю.И. Калиш // Клиническая хирургия. – 1989. – № 8. – С. 39–41.
2. Бараш Е.М. Особенности клинического течения язвенной болезни с сочетанной локализацией изъязвлений в желудке и двенадцатиперстной кишке: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.М. Бараш. – М., 1973. – 21 с.

3. Бачев И.И. Хирургическое лечение множественных и сочетанных гастродуоденальных язв / И.И. Бачев // Клиническая хирургия. – 1991. – № 8. – С. 37–39.

4. Дуденко Г.И. Особенности диагностики и хирургического лечения сочетанных гастродуоденальных язв / Г.И. Дуденко, Г.Д. Петренко, В.Г. Дуденко // Хирургия. – 1993. – № 9. – С. 3–5.

5. Калинин А.В. О множественных гастродуоденальных язвах / А.В. Калинин, Ю.К. Калоев // Клиническая медицина. – 1981. – № 1. – С. 48–51.

6. Кузин Н.М. Особенности сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.М. Кузин, А.В. Самохвалов // Советская медицина. – М., 1984. – № 8. – С. 14–17.

7. Курыгин А.А. Лечение язвы двенадцатиперстной кишки, сочетающейся с язвой желудка, операцией ваготомии / А.А. Курыгин, В.Ф. Дозорцев // Хирургия. – 1973. – С. 115–118.

8. Морозов К.А. О сочетании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / К.А. Морозов, Л.Н. Валенкевич // Врачебное дело. – 1978. – № 8. – С. 34–36.

9. Нечай А.И. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / А.И. Нечай, О.А. Меркулов // Вестник хирургии. – Ленинград, 1988. – № 10. – С. 19–22.

10. Николаев Н.О. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.О. Николаев, И.А. Чекмазов // Хирургия. – М. 1988. – № 3. – С. 25–28.

11. Никульшин С.С. Результаты применения пилоросохраняющей резекции желудка в хи-

рургическом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки / С.С. Никульшин // Хирургия. — 1998. — № 2. — С. 14–16.

12. Самохвалов А.В. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Самохвалов. — М., 1985. — 31 с.

13. Самохвалов А.В. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки / А.В. Самохвалов, Н.М. Кузин // Клиническая медицина. — М., 1984. — № 5. — С. 14–20.

14. Усманов Н.У. Диагностика и лечение множественных и сочетанных гастродуоденальных язв / Н.У. Усманов, М.К. Гарипов, А. Абдужаббаров // Вестник хирургии. — Ленинград, 1986. — № 5. — С. 65–66.

15. Филимонов Р.М. Сочетанные гастродуоденальные язвы / Р.М. Филимонов, О.В. Гусева

// Клиническая хирургия. — М., 1988. — № 10. — С. 99–101.

16. Хараберюш В.А. Хирургическое лечение сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением / В.А. Хараберюш, П.Г. Кондратенко, В.Д. Яловецкий // Клиническая хирургия. — 1989. — № 8. — С. 76.

17. Хачиев Л.Г. Особенности клинического течения и хирургическое лечение больных с сочетанными гастродуоденальными язвами / Л.Г. Хачиев, Ю.И. Калиш, А.М. Хаджибаев // Клиническая медицина. — 1985. — № 9. — С. 89–92.

18. Шептулин А.А. Множественные язвы желудка / А.А. Шептулин, Ж.И. Молчанова // Сборник научных работ. — М., 1987. — С. 26–29.

19. Широков В.А. Сочетанные гастродуоденальные язвы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Широков. — Иваново, 1972. — 24 с.