

ность морфофункциональных расстройств, хронических заболеваний, нарушений физического и психического развития. Подавляющее большинство имеют функциональные и хронические нарушения, затрагивающие две – пять и более систем организма [Кучма В.Р., 2001]. На фоне всего этого особую тревогу вызывает наблюдающийся рост числа особо распространенных и социально значимых заболеваний (язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки, гепатит, и т.п.).

В связи с чем целью данного исследования стало комплексное изучение распространенности социально значимыми заболеваниями (язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)) в период 2002-2004 гг. и научное, организационно-методологическое обоснование факторного воздействия на формирование данных нозологий.

В ходе проводимого исследования был решен ряд поставленных задач: изучена динамика показателей заболеваемости ЯБ, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по наиболее распространенным и социально-значимым заболеваниям в г. Ставрополе в 2002-2004 гг.; изучена заболеваемость ЯБ дифференцированно среди мужчин и женщин за период 2002-2004 гг., выявлены особенности структуры по гендерному признаку; выявлены медико-социальные и эпидемиологические особенности впервые выявленных больных данными нозологическими формами мужчин и женщин; определены медицинские и социальные особенности лиц, страдающих ЯБ; дана оценка степени влияния различных факторов и организации выявления ЯБЖ и ЯБДПК на показатель заболеваемости; установлена причинно-следственная связь между частотой использования этапа восстановительного лечения и частотой повторного обращения и лечения лиц с диагностированной ЯБ в период 2002-2004 гг.

За изучаемый период показатель общей заболеваемости населения края по заболеваниям данной группы вырос в 7,8 раза ($p < 0,05$). Таким образом, эпидемическая ситуация по ЯБЖ и ЯБДПК в условиях города стала более напряженной.

Известно, что различные возрастные группы населения обладают разной степенью восприимчивости к инфекции (в частности - *H. pylori*), поэтому уровень их заболеваемости существенно различается. Для характеристики факторов, влияющих на формирование ЯБ приведем некоторые, из полученных в ходе исследования, данные.

Анализ данных анамнеза жизни показал, что неотягощенный наследственный анамнез был только у 69 человек из 200 (34,5% случаев). При этом отягощенная наследственность по женской линии (со стороны матери, бабушки) отмечалась в семьях в 14% случаев, а по мужской линии - в 12,5% случаев соответственно.

Таким образом более 50% пациентов (65,5% соответственно) имели родственников с ЯБ в анамнезе

Типичными для ЯБ являются сезонность обострения заболевания (весна - осень). В эти периоды отмечается усиление болей и усугубление диспепсических расстройств. Подобная закономерность прослеживается и у пациентов, подвергавшихся анализу. Наименьшее количество пациентов, обратившихся за стационарной медицинской помощью отмечается летом (17,5%), а наибольшее количество госпитализированных – весной (34%); в осенний период аналогичный показатель составил 25% соответственно. Вероятно, это связано с нарушениями в адаптации организма в весеннее и осеннее время. Вышеуказанные данные относятся к *Hr* – ассоциированным формам ЯБ, а для *Hr* - не ассоциированных форм заболевания сезонность обострений была менее характерна (в 12,6% случаев).

Анализ частоты рецидивирования показал, что в среднем у больных с ЯБЖ обострения 1 раз в год отмечались в 45,2% случаев, а 2 и более – в 54,8% случаев соответственно. При этом частота рецидивирования у пациентов с ЯБДПК достоверно более выше (в 2 – 2,5 раза соответственно). У *Hr* – негативных пациентов ЯБ обострялась реже ($0,8 \pm 0,06$), чем у *Hr* – позитивных пациентов ($1,7 \pm 0,10$, $p < 0,05$).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о неблагоприятной ситуации по заболеваниям, относящимся к группе социально значимых и наиболее распространенных заболеваний (наличие статистически достоверного роста) на территории г. Ставрополя. Ретроградный анализ позволил выявить четкие гендерные различия между изучаемыми статистическими группами.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Филипенко П.С., Великородный Г.Г.,
Бобровский О.Н., Гаджиев С.Д.

*Ставропольская государственная медицинская
академия
Кафедра внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов
Ставрополь, Россия*

Среди висцеральных маркеров патологии соединительной ткани (СТ) наиболее известны мезенхимальные дисплазии сердца, из числа которых самым распространенным и изученным является идиопатический пролапс митрального клапана (ПМК). Полагают, что ПМК является одним из факторов риска развития патологии органов пищеварения.

Как было показано, при наследственных заболеваниях СТ поражение пищеварительной системы встречается достаточно часто [1, 2, 3, 4, 6]. Одним из наиболее распространенных проявлений этого процесса является язвенная болезнь (ЯБ).

Особенности строения слизистой оболочки (СО) желудка и его секреторного аппарата, в ряде случаев генетически детерминированные, могут определять формирование гастродуоденальных заболеваний под воздействием различных неблагоприятных факторов [7].

В связи с этим изучение характера клинико-морфологических изменений в СО желудка (СОЖ) у больных с ЯБ и ПМК представляет несомненный практический интерес.

Цель исследования: изучение клинико-морфологических особенностей ЯБ у больных с ПМК.

Материал и методы

Для настоящего исследования нами были отобраны 30 больных с идиопатическим ПМК, страдающих ЯБ, в возрасте от 17 до 35 лет. Контрольную группу составили 28 больных ЯБ без ПМК и фенотипических признаков дисплазии СТ. Все больные были рандомизированы по полу и возрасту. Наличие ПМК выявляли с помощью эхокардиоскопии. Для диагностики ЯБ, определения степени выраженности воспалительного процесса и для целей дифференциального диагноза проводили клиническое исследование больных и эзофагогастродуоденоскопию с прицельной множественной ступенчатой биопсией. Брали 4-6 биоптатов по ходу малой и большой кривизны желудка, из передней и задней стенок тела, а также из краев язвенного дефекта с последующим гистологическим исследованием биопсийного материала. Биоптаты СОЖ фиксировали в 10% растворе формалина по Лили. Тонкие парафиновые срезы окрашивали гематоксилином-эозином, по Романовскому-Гимза, для выявления слизи в добавочных клетках ставили ШИК-реакцию [5].

Для оценки состояния железистого аппарата СО пилоро-антрального отдела желудка определяли индекс массы тела пилорических желез (МПЖ). Подсчитывали число желудочных ямок и концевых отделов пилорических желез в срезах СОЖ. Далее вычисляли индекс МПЖ как среднее число концевых отделов желез, приходящееся на 1 желудочную ямку [7]. При этом состояние пилорических желез считали удовлетворительным при индексе МПЖ, равном 5 и более; умеренные атрофические изменения при индексе МПЖ 5-4; значительные – от 3 до 2; резко выраженные – от 1 и ниже.

Результаты и обсуждение

У лиц молодого возраста (17-25 лет) дебютом ЯБ были кровотечения (12%) и перфорация язвы в брюшную полость (9%). В контрольной группе кровотечения явилось осложнением ЯБ у 1% пациентов, перфораций не было. Из 30 боль-

ных с ПМК Нр-ассоциированная ЯБ была выявлена у 37%, среди пациентов контрольной группы – у 87%. Бессимптомное течение ЯБ было выявлено у 6,7% больных с ПМК, причем среди них все были Нр-негативные.

У 89% больных с ПМК и у 95% без ПМК с Нр-ассоциированной ЯБ был выявлен хронический активный гастрит без атрофии. Среди Нр-негативных больных активный гастрит выявлялся у 35% пациентов опытной и у 38% – контрольной группы. Неактивный гастрит обнаруживался у 65% Нр-негативных пациентов с ПМК и сочетался у 81% этих больных с атрофией слизистой, что сопровождалось в 5% случаев гигантскими размерами язв; у 25% больных встречались сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Неактивный гастрит у Нр-негативных пациентов без ПМК встретился в 62% случаев, из их числа только 21% больных имел атрофические изменения в СОЖ.

Течение ЯБ у больных с ПМК, в отличие от больных без ПМК, характеризовалось острым началом, коротким периодом предъязвенного состояния (1-1,5 месяца), наличием выраженного абдоминального болевого синдрома, затяжным течением процесса, достоверно большими размерами язвенного дефекта. У больных с ПМК отмечалось редко рецидивирующее течение ЯБ (в среднем 1 обострение за 2 года и реже), отсутствовала сезонность обострений.

В биоптатах, взятых из дна и краев язвы, находили детрит в виде скопления слизи с примесью распадающихся лейкоцитов, эритроцитов и слущенных клеток. В периульцерозной зоне в активной фазе язвенного процесса наблюдалась картина острого воспаления с отеком и значительным кровенаполнением сосудов. В составе инфильтрата преобладали нейтрофильные лейкоциты (20-25 в поле зрения), плазматические, тучные клетки. В подслизистом слое, даже на некотором удалении от язвенного дефекта, наблюдалось укрупнение калибра сосудов и усиление в их стенках реакций на нейтральные мукополисахариды. Язвы тела и субкардиального отдела желудка на фоне тотального поражения слизистой оболочки были с преобладанием атрофических процессов и явлениями кишечной метаплазии.

В стенках сосудов, расположенных вблизи язвы, обнаруживали явления фибриноидного некроза. *Helicobacter pylori* в стенке язвенного дефекта определялся в 42% случаев.

У 81% больных с ЯБ при наличии ПМК были выявлены атрофические изменения пилорических желез СО антрального отдела желудка с уменьшением числа их концевых отделов. Нормальное состояние пилорических желез было у 40% больных. При анализе индекса МПЖ в 47% случаев ЯБ, сочетающейся с ПМК, наблюдались умеренные отклонения, значительные изменения индекса были у 10%, резкие – у 3% пациентов.

У 21% больных с ЯБ без ПМК было выявлено нормальное состояние пилорических желез, у 38% наблюдались умеренные значения индекса МПЖ, значительные изменения были у 7%. В отличие от больных с ПМК, резких изменений состояния пилорических желез не было.

Таким образом, особенностями течения ЯБ у больных с ПМК являются молодой возраст, острое начало, отсутствие сезонности обострений заболевания, преобладание Нр-негативной формы ЯБ над Нр-позитивной, наличие атрофического неактивного гастрита, множественность и большие размеры язвенных дефектов, длительный период рубцевания.

Атрофические изменения СО антрального отдела у больных с ПМК были более выражены и распространены. Нормальное состояние пилорических желез отмечено у 40%. Умеренные атрофические изменения выявлялись в 47% случаев, значительные – у 10%, резкая атрофия желез была у 3% пациентов с ЯБ и ПМК.

Для больных без ПМК атрофические изменения были менее характерны. Нормальные значения индекса МПЖ получены у 55%, умеренные значения – у 98%, значительные – у 7% больных. Резких изменений в состоянии пилорических желез выявлено не было.

Выводы

1. Идиопатический ПМК, один из признаков ДСТ, можно рассматривать как фактор риска развития ЯБ.

2. У больных с ПМК ЯБ чаще дебютирует кровотечением и имеет бессимптомное течение.

3. Более тяжелое течение ЯБ отмечалось у больных с Нр-негативной формой заболевания.

4. Установлено преобладание у больных с ПМК атрофических изменений СОЖ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клеменов, А. В. Недостаточность баугиниевой заслонки как висцеральное проявление недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов, В. Л. Мартынов, Н. С. Торгушина // Тер. арх. - 2003. - № 4. - С. 44-46.

2. Клеменов, А. В. Внекардиальные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани / А. В. Клеменов // Клин. мед. - 2003. - № 10. - С. 4-7.

3. Меркулов, Г. А. Курс патологической техники / Г. А. Меркулов // Изд. «Медицина». - 1969. - С. 68-69

4. Насонова, В. А. Органы пищеварения и системные заболевания соединительной ткани / В. А. Насонова // Клин. мед. - 1979. - № 10. - С. 5-10.

5. Особенности течения заболеваний органов пищеварения у больных с первичным пролапсом митрального клапана / И. В. Маев, А. Н. Казюлин, Е. Д. Вальцова // Клин. мед. - 2000. - № 1. - С. 22-26.

6. Пролапс митрального клапана как риск развития заболеваний органов пищеварения / И.

В. Маев, А. Н. Казюлин, Е. Д. Вальцова, И. Грибова // Врач. - 1998. - № 1. - С. 34-36.

7. Самсонов, В. А. Новые методы количественной оценки состояния железистого аппарата слизистой оболочки желудка / В. А. Самсонов // Архив патологии. - 1973. - № 8. - Т. 35. - С. 1-96.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКИХ, СРЕДОСТЕНИЯ, ПИЩЕВОДА

Хрячков В.В., Маторин В.А.

*Ханты-Мансийский государственный
медицинский институт,
Окружная клиническая больница
Ханты-Мансийск, Россия*

Продлённая эпидуральная анальгезия является методом выбора у больных, оперированных на органах грудной клетки, так снижается вероятность возникновения послеоперационных осложнений (гиповентиляция, ателектазы, пневмония, тромбоз глубоких вен нижних конечностей).

Цель работы: сравнить результаты лечения острой послеоперационной постторакалотомической боли при применении продлённой ЭА комбинацией ропивакаина (или бупивакаина) и фентанила в режиме постоянной инфузии и морфина в режиме болюсного введения.

Материал и методы: в основу исследования положены результаты наблюдения в раннем послеоперационном периоде 30 пациентов, подвергшихся за период с января по октябрь 2007 года плановым пневмон-, билоб-, лобэктомиям, резекциям лёгких, экстирпациям и резекциям пищевода, операциям по поводу опухолей средостения.

Все пациенты оперировались в условиях сочетанной анестезии (эпидуральная анестезия + ингаляционная анестезия севофлюраном). Пункцию эпидурального пространства выполняли в положении пациента на боку в асептических условиях на уровне Th₄ – Th₇. Катетер проводился краниально на глубину 4 см. Тест-доза 0,2% раствором нарпина (или 0,25% раствором бупивакаина) дважды по 2,5 мл. Осложнений катетеризации ЭП не было. Пациентам I-ой группы (20 человек) эпидурально вводилась смесь, состоящая из 0,2% раствора ропивакаина (или 0,25% раствора бупивакаина) и фентанила (2,85 мг/кг). Скорость введения составляла 10 мл/час с дальнейшей коррекцией дозы по уровню гемодинамики и травматичности этапа операции. Пациентам II-ой группы (10 человек) эпидурально вводился морфин 1% - от 2 до 6 мг (0,08 – 0,1 мг/кг), разведённый в 5 – 10 мл 0,9% раствора NaCl. После индукции дормикумом 1 – 3 мг, фентанилом 2 – 4 мг/кг, диприваном 1 – 1,5 мг/кг и миорелакса-