

ДЕСИМПАТИЗАЦИЯ ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

.валиани
кафедра общей хирургии.

Научный руководитель: д.м.н. В.А. Попов

Не имея возможности достаточно радикально и длительно восстанавливать магистральный кровоток при диффузном поражении сосудов среднего и мелкого калибра, хирурги вновь встали перед необходимостью применения методов, улучшающих коллатеральное кровообращение. Среди этих методов, несомненно, наиболее действенным и эффективным следует считать симпатэктомию. Известно, что центр симпатической иннервации для нижних конечностей сосредоточен во втором поясничном узле, удаляя его, прерывая тем самым центробежные и центростремительные импульсы, устраняется сосудистый спазм и вызывается расширение периферических сосудов нижних конечностей.

У больных с окклюзионным процессом бедренно-подколенного сегмента, оценка состояния периферического кровообращения которых производилась тепловидением, установлено, что термограммы характеризовались понижением температуры над дистальными участками пораженной конечности (голени, стопы) и, если после нитроглицериновой пробы (0,5 мг сублингвально) наблюдалась отчетливая сосудорасширяющая реакция, проявляющаяся повышением температуры дистальных отделов пораженной конечности, то с учетом ангиографической состоятельности коллатералей ставились показания к поясничной симпатэктомии.

Изучение периферического кровотока при поражении бедренной артерии проведено у 77,1% больных. При 2-А клинической стадии ишемии отмечена нормализация показателей периферического кровообращения после поясничной симпатэктомии. Это подтверждается данными реографического исследования, отражающего состояние коллатерального кровообращения. Так, у больных объемная скорость кровотока возросла с $2,62 \pm 0,1$ до $3,4 \pm 0,3$ мл/мин ($P<0,02$). Увеличился лодыжечно-брахеальный индекс с 0,6 до 0,8. По данным инфракрасной термографии достоверно ($P<0,01$) повысилась температура голени и стопы на стороне десимпатизации. Во 2-Б стадии ишемии объемная скорость кровотока увеличилась с 1,8 до 2,3 мл/мин ($P<0,01$), лодыжечно-брахеальный индекс не изменился, достоверно возросла температура пораженной конечности ($P<0,05$). В 3 стадии ишемии конечности достоверного улучшения васкуляризации по данным реовазографии, тепловидения и допплерографии не отмечено, что коррелируется с клиническими данными.

Непосредственные результаты оперативных вмешательств были положительными у 81,5% больных. Они отметили исчезновение зябкости, потепление нижних конечностей. Так, у 77,1% больных температура на дистальных сегментах пораженной конечности повысилась на 5,8°C, улучшились показатели функциональных проб. До операции 31,5% больных предъявляли жалобы на боли в ногах в состоянии покоя. После операции у 19,5% из них исчезли боли, отеки. К моменту выписки из стационара у 11,9% больных полностью зажили язвы, 0,7% больным удалось выполнить ампутации пальцев с хорошими непосредственными результатами. Это согласуется с мнением А.В. Кочергина (1988), В.Н. Жаданова (1994) и других исследователей, что наличие ограниченных некротических очагов не является противопоказанием к осуществлению поясничной симпатэктомии. У 18,5% больных после десимпатизаций улучшений не последовало. Отсутствие эффекта от операций

потребовало выполнения ампутации конечности у 1 больного, остальным произведены реконструктивные операции на бедренно-подколенном сегменте.

Таким образом, поясничная симпатэктомия как самостоятельная операция в комплексном лечении ишемического синдрома нижних конечностей при окклюзионном процессе бедренно-подколенном сегменте у 81,3% больных дала положительный результат. Показания к десимпатизаций должны определяться на основании ангиографического исследования анатомической состоятельности коллатералей, а в ситуациях, ограничивающих артериографию и ультразвуковое исследование, функциональную оценку достаточности окольного кровотока целесообразно проводить методом инфракрасной термографии в сочетании с нитроглицериновой пробой.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ “ДИАСТ” ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

А.А. Амерханов, В.А. Балаев, С.Н. Драчев, М.А. Истомин, II курс,
стоматологический факультет

Кафедра терапевтической стоматологии.

Научный руководитель: к.м.н. И.Г. Давыдова

В научно-практическом центре «Компьютерные и лазерные автоматизированные системы в стоматологии» ЦНИИС под руководством профессора Прохончука А. А. была разработана программа «ДИАСТ» для дифференциальной диагностики заболеваний пародонта, позволяющая во многом автоматизировать процессы обследования больных и проведения диагностических исследований.

Нами проведено стоматологическое обследование 50 студентов в возрасте от 17 до 24 лет, из них - 34 девушки и 16 юношей. При оценке состояния твердых тканей зубов выявлена распространенность карисса в 96%, интенсивность по показателю КПУ - 6,9. Анализ структуры КПУ указывает, что в данной группе обследованных 75% приходится на пломбированные зубы и 23,3% на зубы, пораженные кариссом, требующие лечения и удаления.

При осмотре определялись следующие индексы: гигиена упрощенный Грина-Вермилиона (ИГУ), пародонтальный Рамфьера (ИПР), ПИ-ВОЗ, Шиллера-Писарева (ИШП), ПМА и КПУ. У обследованных по программе «ДИАСТ» выявлены заболевания пародонта в 82%. Установлена кровоточивость при чистке зубов у 27% обследованных, зубной камень - у 36%, пародонтальные карманы - у 45%, рецессия десны в области нижних клыков и премоляров - у 27%. Согласно показателям индекса гигиены, который находился в пределах от 0,9 до 1,2, гигиеническое состояние полости рта у всех обследованных было хорошим.

С помощью программы «ДИАСТ» можно выявить факторы патогенеза и рекомендовать патогенетически обоснованное лечение. Например, представляем выписку из истории болезни: студентка Н., возраст 19 лет, предъявляет жалобы на кровоточивость десен при чистке и гиперестезию шеек зубов. Данное заболеванием страдает в течение пяти лет с обострениями по 2-3 раза в год. Из анамнеза выявлено наличие болезней пародонта у родителей. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический гайморит. Объективно: десневые сосочки отечны с цианотичным оттенком. При зондировании обнаруживается пародонтальные карманы глубиной 1-2 мм в области жевательной группы зубов обеих челюстей и в области фронтальных зубов нижней челюсти. Выявлено наличие наддесневых зубных отложений.

БЮЛЛЕТЕНЬ АГМА №1 - 1999 ГОД

Результаты определения индексов следующие: КПУ = 2, ИГУ = 0,9, ИПР = 1,0-1,9, ИИМА = 40%, проба Шиллера-Писарева положительная (ИИПП = 1,9), ИИ-ВОЗ = 1,3. При компьютерной обработке получены следующие результаты: вероятность народонита генерализованного хронического средней степени тяжести составляет 31%, легкой степени тяжести - 29%. Выявлены факторы патогенеза: стаз - 54%, выраженный отек - 79%, значительная первичная альтерация - 40%, снижение пролиферации - 39%, деструкция костной ткани различных степеней - от 10% до 19%, остеопороз - 19%, регенеративные свойства народонита снижены - 84%. Следовательно, данной пациентке могут быть рекомендованы инструментальные способы снятия зубных отложений и кюретаж пародонтальных карманов, консервативная терапия - нестероидные противовоспалительные средства (бутадионовая, аспириновая мазь и др.), различные виды массажа.

Таким образом, диагностическая система «ДИАСТ» обладает широкими возможностями для проведения работ по эпидемиологическому обследованию и диспансеризации населения, профилактическим осмотрам. К сожалению, в имеющийся вариант программы не включены данные методов функциональной диагностики и биохимических исследований, что явно недостаточно для применения её в научно-исследовательских целях.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НЕИЗМЕНЕННЫМИ КОРОНАРНЫМИ АРТЕРИЯМИ

А.Б. Антонов, И.А. Рогозина, И.В. Дворяшина

Кафедра факультетской терапии. 1-ая городская клиническая больница г.Архангельска.

Научный руководитель: проф. Т.Н. Иванова

Возникновение стенокардии напряжения у больных с артериальной гипертензией (АГ) обычно связывают с атеросклерозом коронарных артерий (КА). Однако, при исследовании КА методом коронароангиографии (КАГ) у лиц с клиникой стенокардии выявляются неизмененные КА. У таких больных возникновение стенокардии может быть обусловлено поражением микрососудов в результате метаболических и гемокоагуляционных нарушений, происходящим на фоне АГ и гипертрофии левого желудочка.

Целью исследования было выявление особенностей метаболических нарушений у больных, страдающих АГ и не имеющих признаков ишемической болезни сердца. Нами обследовано 14 пациентов с неизмененными КА по данным КАГ. Больные были разделены на две группы: в группу №1 вошли лица, страдающие АГ - 8 человек, в группу №2 - больные без АГ - 6 человек. У всех больных проводилось исследование липидного спектра крови, стандартного теста толерантности к глюкозе с определением уровней глюкозы и иммунореактивного инсулина (ИРИ), определение площадей висцеральной жировой ткани (ВЖТ) и подкожной жировой ткани с помощью компьютерной томографии (поперечное сканирование брюшной полости проводилось на уровне 4-5 поясничных позвонков).

Средний возраст больных в группах составил $45,75 \pm 1,91$ лет и $46,17 \pm 2,37$ лет соответственно, все лица были мужского пола. Средний «стаж» АГ - 7 ± 1,9 года. У лиц, имеющих АГ, индекс массы тела (ИМТ) составил $29,0 \pm 1,29$ кг/м² и индекс

БЮЛЛЕТЕНЬ АГМА №1 - 1999 ГОД

«талия/бедро» (Т/Б) был равен $0,94 \pm 0,03$ в сравнении с ИМТ $26,32 \pm 1,06$ кг/м² и Т/Б $0,89 \pm 0,02$ у лиц без АГ. ИМТ > 25 регистрировался у 7 человек (87,5%) в группе №1 и у 4 человек (66,7%) в группе №2.

Уровень общего холестерина (ХС) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) имел тенденцию к повышению у лиц с АГ ($5,71 \pm 0,62$ ммоль/л и $1,02 \pm 0,21$ ммоль/л соответственно) в сравнении с группой лиц с нормальным АД ($4,83 \pm 0,53$ ммоль/л и $0,57 \pm 0,09$ ммоль/л соответственно). Гиперхолестеринемия (ХС более 5,2 ммоль/л) была зарегистрирована у 5 человек из группы №1 (62,5%) и только у 1 человека из группы №2 (16,7%). По уровню триглицеридов плазмы группы существенно не различались, средние уровни составили $1,6 \pm 0,34$ моль/л и $1,622 \pm 0,35$ моль/л соответственно.

Уровень глюкозы сыворотки в базальных условиях составлял $5,75 \pm 0,21$ ммоль/л в группе №1 и достоверно превышал ($p < 0,01$) уровень группы №2 - $5,12 \pm 0,35$ ммоль/л. Натощаковая гипергликемия регистрировалась у 6 человек с АГ (75%) и у 2 человек без АГ (33%). В группе №2 через 2 часа после приема больными 75 г глюкозы определялся более высокий ($p < 0,05$) уровень ИРИ ($33,37 \pm 8,26$ мЕд/л) в сравнении с группой №1 ($14,71 \pm 2,8$ мЕд/л). Достоверной разницы в величинах базальных уровней ИРИ в группах не выявлено ($7,31 \pm 2,13$ мЕд/л и $4,69 \pm 1,02$ мЕд/л). Коэффициент «глюкоза/инсулин» имел тенденцию к снижению у лиц без АГ ($19,66 \pm 7,06$ мг% / мЕд/л) относительно показателя группы №1 - $25,98 \pm 4,6$ мг% / мЕд/л.

Величины площади ВЖТ и отношения площади ВЖТ к общей площади жировой ткани имели тенденцию к повышению у лиц группы №1, составив $126,4 \pm 22,68$ см² и $39,29 \pm 4,47$ в сравнении с показателями группы №2 - $95,16 \pm 14,04$ см² и $32,71 \pm 2,52$. При этом у 3 человек из группы №1 площадь ВЖТ превышала 140 кв см, в группе №2 таких лиц не оказалось.

Полученные данные показывают, что лица, страдающие АГ и предъявляющие жалобы на «стенокардические» боли при неизмененных КА, имеют следующие особенности метаболизма: повышенные уровни базальной гликемии при отсутствии гиперинсулинемии, склонность к развитию абдоминального (висцерального) варианта ожирения.

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОБУЧЕНИИ У ШКОЛЬНИКОВ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Н.В. Афанасенкова, Т.Е. Костылева

Кафедра педиатрии и ПДБ.

Научный руководитель: проф. В.И. Макарова

Начало обучения в школе связано с изменением условий существования ребенка, он подвергается активному воздействию новых факторов внешней среды. В связи с изменяющейся обстановкой происходит перестройка деятельности организма. Но далеко не всегда, даже у детей с отсутствием заболеваний, она протекает безболезненно (Л.А. Жданова с соавт., 1990, 1994).

Изучение вегетативной регуляции сердечного ритма проводилось методом кардиоинтервалографии, предложенным Р.М. Баевским (1979) и адаптированным М.Б. Кубергером с соавт. (1985).

Задачей исследования являлось изучение изменения хронотропной функции сердца в различные периоды учебного года у учащихся начальных классов.