

Выводы

В настоящее время главенствующими теориями возникновения парциального гигантизма являются опухолевая и сосудистая теории. Хирургическое вмешательство у больных с парциальным гигантизмом дает возможность улучшить косметический вид и функциональные возможности пораженной кисти. Проведенное оперативное вмешательство позволяет приблизить размеры увеличенных сегментов к физиологической норме с сохранением анатомических пропорций кисти.

Литература:

1. Орешков, А.Б. Гигантизм кисти у детей. Истинный врожденный гигантизм кисти. Макродактилия / А.Б. Орешков, О.Н. Сосненко, С.И. Голосина. - Санкт-Петербург - 2012. - С.2-175.
2. An. Bras. Dermatol Macrodactyly with skin hypertrophy: a minimal form of the Proteus syndrome/ Rio de Janeiro Med. – 2011. - vol.86, №3. - P.128-131.
3. Ann E. Van Heest and James House. Macrodactyly/ E. Ann // Steps Health Journal. - 2013 - vol.78., - P.100-113.
4. Jae Hyun Kwon. Archives of Plastic Surgery / Jae Hyun Kwon, So Young Lim, Ha Seong Lim // Department of Plastic Surgery, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, - Seoul. - 2013. - DOI: 10.5999/aps.2013.40.3.270. - P.270-272.
5. Frank H. Lau. Expression analysis of macrodactyly identifies pleiotrophin upregulation/ Frank H. Lau, Fang Xia, Adam Kaplan, Felecia Cerrato, Arin K. Greene, Amir Taghnia // The Massachusetts General Hospital Center for Regenerative Medicine - 2012. - DOI: 10.1371/journal.pone.0040423. - P.1-21.
6. Медицинский сайт, хирургический портал, форум врачей-хирургов, информация для врачей хирургических специальностей [Электронный ресурс]: - СПб. Режим доступа: <http://www.surgeryzone.net/bolezni/gigantizm.html>

УДК 614.448:616.1-089

Я.Г. Божко, Э.М. Идов, О.В. Киршина
ЭВОЛЮЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО
ЭНДОКАРДИТА

Кафедра сердечно-сосудистой хирургии
Кафедра хирургических болезней ЛПФ
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Y.G. Bozhko, E.M. Idov, O.V. Kirshina
EVOLUTIONARY CHANGES OF INFECTIOUS ENDOCARDITIS
Department of cardiovascular surgery

Department of surgical diseases of LPF
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: yakov-bozhko@yandex.ru

Аннотация. В статье обозначены основные эволюционные изменения инфекционного эндокардита, отслеженные на базе Центра «Сердце и сосуды» Свердловской областной клинической больницы №1.

Annotation. The article outlines the key evolutionary changes of infectious endocarditis, which were tracked at the Center "Heart and blood vessels" of the Sverdlovsk Regional Clinical Hospital №1.

Ключевые слова: инфекционный эндокардит, эволюционные изменения, хирургическое лечение.

Keywords: infectious endocarditis, evolutionary changes, surgical treatment.

Инфекционный эндокардит (ИЭ)- заболевание септического генеза с преимущественным поражением клапанного или пристеночного эндокарда, характеризующееся быстрым развитием клапанной недостаточности, системных эмболических осложнений и иммунопатологических проявлений [9, 12]. С течением времени отмечается неуклонный рост числа больных этим прогрессирующим заболеванием со сложным прогнозом течения и непредсказуемостью результатов лечения [1,5]. Встречаемость ИЭ составляет от 2-3,8% до 6,5 % на 100 000 населения [6, 7]. В группы риска входят пациенты с атеросклеротическими, ревматическими, травматическими повреждениями клапанов [2]. В последнее время значительно увеличилось количество больных с механическими и биологическими протезами клапанов, искусственными водителями ритма [9]. Все большее значение приобретает проблема ИЭ у инъекционных наркоманов [3]. Чрезвычайно злокачественное течение и высокая летальность при консервативном лечении (от 45 до 100%) определяют сегодня необходимость строгого мониторинга медикаментозной терапии и обоснования оперативного вмешательства до возникновения тяжелых жизнеугрожающих осложнений [4,6,8,10].

Цель исследования — отследить эволюционные изменения инфекционного эндокардита на базе Центра «Сердце и сосуды» Свердловской областной клинической больницы №1 (ЦСиС СОКБ №1).

Материалы и методы исследования

На базе ЦСиС СОКБ №1 проведен ретроспективный анализ 400 историй болезни пациентов с установленным диагнозом инфекционный эндокардит в период с 1980 по 2015 г.г. В зависимости от анализируемых данных в исследование включались пациенты с первичным и вторичным ИЭ, протезным и клапанным эндокардитом различных локализаций, с активными и неактивными формами ИЭ. Анализировались клиническая симптоматика,

структура фоновых заболеваний, сроки диагностики и летальность, клапанная локализация ИЭ, показания к оперативному лечению и выживаемость пациентов. Статистические расчеты производились в программном пакете MS Office Excel 2007.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические проявления ИЭ можно условно разделить на несколько составляющих:

1. Связанные с наличием септического воспаления с характерными проявлениями инфекционно-воспалительного и иммунопатологического процесса;
2. Обусловленные эмболическими осложнениями- «транзиторные» абсцессы различных органов с клиникой, характерной для поражения того или иного органа;
3. Инфаркты (как следствие тромбозов сосудов) с развитием в зависимости от локализации поражения соответствующей клиники;
4. Прогрессирующее поражение сердца с клапанной недостаточностью, нарушениями ритма и проводимости и развитием сердечной недостаточности.

Следует отметить, что заболевание не всегда манифестирует клинической симптоматикой инфекционного процесса, и первые жалобы больных могут быть обусловлены тромбоемболическими осложнениями с характерной клиникой, в зависимости от пораженного органа.

На рис. 1 представлены данные по изменению структуры фоновых заболеваний в период с 80-х по 2000-е годы. Эволюционным путем в 2000-е годы значительно уменьшилась частота встречаемости ревматических пороков, однако в структуре фоновых заболеваний появились такие патологии клапанов как пролапс и миксоматоз.

Анализируя соотношение оперированных больных с активным и неактивным ИЭ, стоит отметить, что в 80-е годы оно примерно составляло 1 к 1 (53,5% и 46,5%), в 90-е годы пропорция сместилась в сторону преобладания активных форм (58% против 42%), а в 2000-е — расцвет инъекционной наркомании, соотношение изменилось в сторону резкого преобладания активного ИЭ (75,5% против 24,5%). На 2015 год соотношение активного и неактивного ИЭ вновь стало стремиться к равным долям, однако все же отмечается преобладание активных форм (52,4% против 47,6%).

Приняв во внимание зависимость летальности от сроков диагностики, получим следующую картину: поздняя диагностика ИЭ ассоциирована с более высокими показателями летальности. У 17% больных диагноз был поставлен на втором месяце от начала заболевания и был сопряжен в 20% случаев с летальным исходом, у 13 % — на третьем месяце и ассоциирован с летальным исходом в 30 % случаев. Диагностика ИЭ на четвертом месяце от начала заболевания (20% пациентов) сопровождалась самыми значительными показателями летальности (46,7% случаев). Общее количество проанализированных историй болезни — 149.



Рис. 1 Структура фоновых заболеваний при вторичном эндокардите.

Приняв во внимание зависимость летальности от сроков диагностики, получим следующую картину: поздняя диагностика ИЭ ассоциирована с более высокими показателями летальности. У 17% больных диагноз был поставлен на втором месяце от начала заболевания и был сопряжен в 20% случаев с летальным исходом, у 13 % — на третьем месяце и ассоциирован с летальным исходом в 30 % случаев. Диагностика ИЭ на четвертом месяце от начала заболевания (20% пациентов) сопровождалась самыми значительными показателями летальности (46,7% случаев). Общее количество проанализированных историй болезни — 149.

В структуре клапанной локализации ИЭ преобладали поражения аортального клапана — 39,3% (151 чел.), чуть реже встречались поражения митрального клапана — 30,2% (116 чел.) и сочетанные варианты поражения (митральный+аортальный) — 23,0% (88 чел.). ИЭ трикуспидального клапана встречался всего в 6,5% случаев (25 чел.), что можно объяснить меньшей гемодинамической нагрузкой на правые отделы сердца, в сравнении с левыми.

В табл. представлена структура показаний к оперативному лечению больных с ИЭ. Наибольшее количество операций выполнено по поводу ИЭ с прогрессирующей сердечной недостаточностью (СН) и разрушением створок/хорд.

Таблица 1

Показания к оперативному лечению больных с ИЭ

Показания к операции	Первичн ый ИЭ		Вторичн ый ИЭ		Всего больных	
	а	%	а	%	а	%
	бс.		бс.		бс.	
Прогрессирующая СН + сепсис	3	8	2	6	5	1
	4	,8	4	,3	8	5,1
Прогрессирующая СН	1	2	1	4	2	7

+ разрушение створок и хорд	06	7,6	75	5,5	81	3,2
Прогрессирующая СН + внутрисердечные абсцессы	4	1 ,0	1 8	4 ,7	2 2	5 ,7
Прогрессирующая СН + тромбоэмболии	1 2	3 ,1	1 1	2 ,9	2 3	6 ,0
Итого	1 56	4 0,6	2 28	5 9,4	3 84	1 00

На рис. 2 представлены актуарные кривые выживаемости (с учетом госпитальной летальности) в консервативной и хирургической группах больных. В настоящее время следует утверждать, что только раннее хирургическое лечение позволяет существенно повысить выживаемость пациентов.

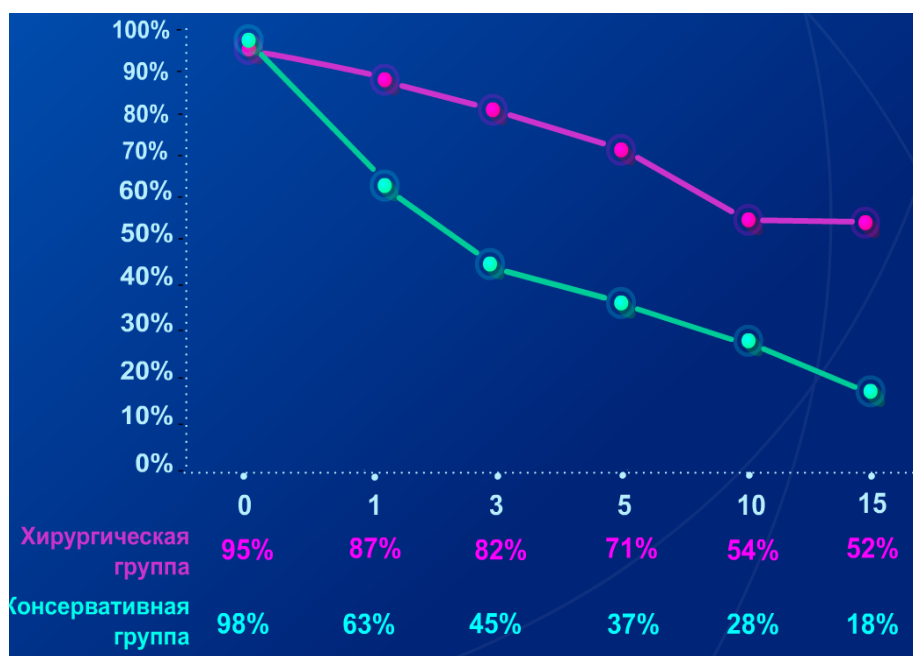


Рис. 2. Актуарные кривые выживаемости (с учетом госпитальной летальности) в консервативной и хирургической группах больных.

Особо стоит отметить такую когорту пациентов, как инъекционные наркоманы. Сравнительная оценка медикаментозного и хирургического методов лечения показала, что только медикаментозное лечение ИЭ у наркоманов в 90-е годы при левосторонней локализации процесса приводила к 100 % летальности против 20,6% после хирургического вмешательства. Хирургическое лечение при левосторонней локализации в 2000-е годы привело к снижению летальности до 7,6 %. При правосторонней локализации ИЭ у наркоманов только медикаментозное лечение сопровождалось 40% летальностью, а при хирургическом вмешательстве— 17,6%. Последние 10 лет при хирургическом лечении ИЭ в этой локализации летальность отсутствует. В 90-е годы соотношение наркоманов, оперированных по поводу первичного ИЭ и наркоманов с вторичным ИЭ было 3 к 1 (76,4% против 23,6%). В 2000-е годы

оно резко изменилось в сторону увеличения частоты операций по поводу первичного ИЭ (92,3%) и снижения частоты операций по поводу вторичного ИЭ (7,7%).

Выводы:

1. ИЭ — эволюционирующее заболевание, проявляющееся полиморфной клиникой. Наиболее частыми и грозными клиническими проявлениями, требующими незамедлительного оперативного лечения, являются прогрессирующая сердечная недостаточность с разрушением створок и хорд;
2. Поздняя диагностика ИЭ ассоциирована с более высокими показателями летальности;
3. В структуре клапанной локализации ИЭ преобладают поражения клапанов левых отделов сердца (аортальный, митральный, сочетанные поражения), что объяснимо повышенной гемодинамической нагрузкой;
4. Расцвет инъекционной наркомании в 2000-е годы предопределил преобладание активного ИЭ на неизмененных ранее клапанах сердца;
5. Изменение в 2000-е годы подходов к ведению пациентов, в которых приоритетным стало раннее хирургическое лечение с адекватной антибиотикотерапией, способствовало повышению выживаемости больных с ИЭ и снижению летальности.

Литература:

1. Барт Б.Я. Современные клинические проявления подострого инфекционного эндокардита и возможности его диагностики на догоспитальном этапе (Лекция) / Б.Я. Барт, В.Ф. Беневкая // Тер. архив.- 2005. - №1.- С.15-18.
2. Гуревич М.А. Особенности современного инфекционного эндокардита / М.А. Гуревич, С.Я. Тазина // Росс. мед. журнал.- 1999. - № 8. - С. 27-32.
3. Дёмин А.А. Инфекционный эндокардит у «инъекционных наркоманов» / А.А. Дёмин, В.П. Дробышева, О.Ю. Вельтер // Клиническая медицина.- 2000.- № 8.- С. 47-52.
4. Иванов А.С. Особенности клиники, диагностики и лечения инфекционного эндокардита трикуспидального клапана / А.С. Иванов, А.Л. Мишаевский, А.П. Погромов // Клиническая медицина.- 2001.- № 1.- С. 22-25.
5. Поляков В.П. Инфекционный клапанный эндокардит (Современный взгляд на проблему): Монография / В.П. Поляков, С.Е. Шорохов.- Самара: ООО «Офорт»; СамГМУ, 2004- 138 с.
6. Приходько В.П. Инфекционный эндокардит: современные подходы к медикаментозному и хирургическому лечению: Монография / В.П. Приходько, П.Д. Синицин.- Челябинск, 2003.-127 с.
7. Резник И.И. Инфекционный эндокардит наркоманов / И.И. Резник, А.В. Михайлов, Э.М. Идов, Е.Д. Рождественская, А.И. Иофин, С.В. Кисляк // Совершенствование медицинской помощи населению Свердловской области. Сборник научных трудов. – Екатеринбург, 2006.- С.62-65.

8. Симоненко В.Б. Инфекционный эндокардит: современное течение, диагностика, принципы лечения и профилактики / В.Б. Симоненко, С.А. Колесников // Клиническая медицина.- 1999.- № 3.- С. 44-49.

9. Тюрин В.П. Инфекционный эндокардит / В.П. Тюрин.- М.: ГЭОТАРМЕД, 2001.- 224 с.

10. Татарченко И.П. Инфекционный эндокардит: современное течение, диагностика и лечение / И.П. Татарченко, В.Т. Комаров- Пенза: Изд. Пензенского института усовершенствования врачей, 2001.- 325 с.

11. Уланова В.А. Инфекционный эндокардит / В.А. Уланова, В.М. Мазурок // Учебное пособие.- СПб: ЭЛБИ, 2007.- 98с.

УДК 616.721.1

Л.Д. Волкова, О.А. Волкова, Г.В. Дерюжов
РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ КАК МЕТОД КУПИРОВАНИЯ
ВЕРТЕБРОГЕННОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Кафедра травматологии и ортопедии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

L.D. Volkova, O.A. Volkova, G.V. Deryuzhov
RADIOFREQUENCY ABLATION AS A METHOD FOR THE RELIEF OF
VERTEBROGENIC PAIN SYNDROME

Department of traumatology and orthopedics
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: larisa_volkova_94@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрена эффективность метода радиочастотной аблации нерва Люшка с целью купирования вертеброгенного болевого синдрома относительно традиционной консервативной терапии.

Annotation. The article describes the efficiency of the method of radiofrequency ablation for the purpose of spinal pain relief with respect to the traditional conservative therapy.

Ключевые слова: Радиочастотная аблация, вертеброгенная боль, дегенеративно-дистрофические заболевания.

The keywords: radiofrequency ablation, vertebral pain, degenerative-dystrophic diseases.

Вертеброгенный болевой синдром представляет собой совокупность поражений костно-мышечной и нервной систем, клинически проявляющийся