

roguine / D. Raoult [et al.] // Arch. Intern Med.– 1999.– № 159.– P. 167–173.

24. Q fever 1985–1998. Clinical and epidemiologic features of 1383 infections / D. Raoult [et al.] // Medicine (Baltimore).– 2000.– Vol. 79.– № 2.– P. 109–123.

25. Raoult, D. Natural history and pathophysiology of Q fever / D. Raoult, T. Marrie, I. Mege // Lancet Infect Dis.– 2005.– Vol. 5.– № 4.– P. 219–226.

References

1. Zharkova VV. Kliniko-patogeneticheskie osobennosti i optimizatsiya terapii koksiielleza na sovremennoy etape [dissertation]. Moscow (Moscow region); 2007. Russian.

2. Karpenko SF, Galimzyanov KhM, Kasimova NB, Rubal'skiy OV, Krasnov AV, Goreva ON. Vozrastnye aspekty kliniko-immunologicheskikh proyavleniy koksiielleza. Epidemiologiya i infeksionnye bolezni. 2012;6:16-9. Russian.

3. Loban KM, Lobzin YuV, Lukin EP. Rikettsiozy cheloveka. Moscow – St. Peterburg.: Izdatel'stvo ELBI – SPb.; 2002. Russian.

4. Lobzin YuV, Zubik TM, Ivanov KS. Infeksionnye bolezni: uchebnik dlya meditsinskikh vuzov. St. Peterburg: SpetsLit; 2001. Russian.

5. Mashkovskiy MD. Lekarstvennye sredstva: Posobie dlya vrachey. Moscow: Novaya volna; 2010. Russian.

6. Nikitin AV, Klimchuk ND, Fomina IP. Optimal'naya kombinatsiya rifampitsina i immunomodulyatora mikrobnogo proiskhozhdeniya pri eksperimental'noy Ku likhoradke. Antibiotiki i khimioterapiya. 1991;36(1):20-2. Russian.

7. Pokrovskiy VI, Pak SG, Briko NI, Danilkin BK. Infeksionnye bolezni i epidemiologiya: uchebnik dlya meditsinskikh vuzov. Moscow: GEOTAR-MED; 2003. Russian.

8. Chalov VV, Cherenov IV, Galimzyanov KhM. Diferentsial'no-diagnosticheskie kriterii krymskoy gemorragicheskoy likhoradki i koksiielleza. Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal. 2007;1:18-21. Russian.

9. Ake JA, Massung RF, Whitman TJ, Gleeson TD. Difficulties in the diagnosis and management of a US servicemember presenting with possible chronic Q fever. J. Infect. 2010;60(2):175-7.

10. Bernit E, Pouget J, Janbon F, Dutronc H, Martinez P, Brouqui P, Raoult D. Neurological involvement in acute Q fever, a report of 29 cases and review of the literature. Arch. Intern Med. 2002;162(6):693-700.

11. Brouillard JE, Terriff CM, Tofan A, Garrison MW. Antibiotic selection and resistance issues with fluoroguinolones

and doxycycline against bioterrorism agents. Pharmacotherapy. 2006;26(1):13-4.

12. Cone LA, Curry N, Shaver P. Q fever in the Southern California desert: epidemiology, clinical presentation and treatment. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2006;75(1):29-32.

13. Gikas A, Kokkini S, Tsioutis C. Q fever: clinical manifestations and treatment. Expert Review of Anti-infective Therapy. 2010;8(5):529-39.

14. Hartzell ID, Perg SW, Wood-Morris PN. Atypical Q fever in US soldiers. Emerg. Infect Dis. 2007;13(8):1247-9.

15. Hartzell JD, Wood-Morris RN, Martinez LJ, Trotta RF. Q fever: epidemiology, diagnosis, and treatment. Mayo Clin. Proc. 2008;83(5):574-9.

16. Lai CH, Chin C, Chung HC, Huang CK, Chen WF, Yang YT, Chen W, Lin HH. Acute Q fever hepatitis in patient with and without underlying hepatitis B or C virus infection. Clin. Infect. Dis. 2007;45(5):52-9.

17. Lai CH, Lin IN, Chang LL. Circulating cytokines and procalcitonin in acute Q fever granulomatous hepatitis with poor response to antibiotic and short-course steroid therapy: a case report. DVC Infect. Dis. 2010;10:193.

18. Lovey PY, Morabia A, Bleed D, Peter O, Dupuis G, Petite J. Long term vascular complications of Coxiella burnetii infection in Switzerland: cohort study. BMJ. 1999;319:284-6.

19. Marmion BP, Sukocheva O, Storm PA, Lockhart M. et al. Q fever: persistence of antigenic non-viable cell residues of Coxiella burnetii: the implications for post Q fever infection fatigue syndrome and other chronic sequelae. An International Journal of Medicine. 2009;102(10):673-84.

20. Morisawa Y, Wakiguchi H, Takechi T, Kurashige T et al. Intractable Q fever treated with recombinant gamma interferon. Pediatr. Infect. Dis. J. 2001;20(5):546-7.

21. Million M, Thuny F, Richet H, Raoult D. Long-term outcome of Q fever endocarditis: a 26-year personal survey. The Lancet Infectious Diseases. 2010;10(8):527-35.

22. Parker NR, Barralet JN, Bell AM. Q fever. Lancet. 2006;367(9511):679-88.

23. Raoult D, Houpiqian P, Tissot-Dupont H, Riss JM. Treatment of Q fever endocarditis: comparison of 2 regimens containing doxycycline and ofloxacin or hydroxychloroquine. Arch. Intern Med. 1999;159:167-73.

24. Raoult D, Tissot-Dupont H, Foucault C, Gouvernet J. Q fever 1985–1998. Clinical and epidemiologic features of 1383 infections. Medicine (Baltimore). 2000;79(2):109-23.

25. Raoult D, Marrie T, Mege I. Natural history and pathophysiology of Q fever. Lancet Infect Dis. 2005;5(4):219-26.

УДК 616-006.311

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ ГЕМАНГИОМЫ ГОРТАНИ (случай из практики)

А.А. МЕЛАЙ

ГУЗ «Тульский областной онкологический диспансер», ул. Плеханова 201 А, Пролетарский район, г. Тула, Россия, 300040

Аннотация. В статье отражена история развития знаний о гемангиоме, исследование ее опухолевой природы, представлены типичные признаки ее проявления и отличия при протекании данного опухолевого процесса. Длительное время гемангиомы не считались типичными опухолями, так как имеют двойственную природу, чем и определяются особенности их клинического течения и хирургического лечения. Опухолевый процесс врожденной гемангиомы с редким случаем ее локализации в гортаноглотке явился запущенным, что вызвало нарушения у больной в виде сердечно-легочной недостаточности. Это определило тактику ведения больной. Верификация диагноза в этом случае оказалась сложной, так как гемангиома поражает глубоко расположенные ткани и имеет большой объем. Эта опухоль представляет собой доброкачественное новообразование, ко-

торое, как правило, в злокачественную опухоль не перерождается, не имеет метастазов, но часто рецидивирует и может поражать другие ткани. Представлена методология для дифференцирования врожденной гемангиомы от других опухолей. Лечение таких опухолей может быть только хирургическим. Проблема постановки сложного «нетипичного» диагноза является актуальной для медицинской практики в частности в хирургии опухолей головы и шеи.

Ключевые слова: гемангиома, гортаноглотка, диагноз, хирургическое лечение.

CLINICAL INVESTIGATION OF THE INNATE HEMANGIOMATA OF LARYNX
(the case from the practice)

A.A. MELAY

The Tula Regional Cancer Center, 300040, Russia, Tula, Proletarian District, Street. Plekhanov 201 A

Abstract. There are represent history of the extension of knowledge about hemangioma with investigation its tumor nature, typical symptoms its appearance and distinctions in the course of this tumor process in article. Extended time hemangioma wasn't reputed as a typical tumor because it has a duality nature to determine the features of its clinical trend and its surgical cure. The tumor process of the innate hemangioma with rare occasion of its localization in larynx was in a state of neglect and that's caused breaking health of the patient as the cordial-pulmonary insufficiency. This is to define the leading tactics for this patient. The verification of the diagnostic in this case is complicated in as much as the hemangioma strikes deep placed tissues and has big volume. This tumor presences a benign neoplasm that, as a rule, doesn't regenerate in a malignant tumor, it hasn't metastasizes, but it has relapses and can strike others tissues. The methodology has adduced to differentiate the innate hemangioma from the fibroid lipoma. The treatment of such tumors should do using the surgical methods of treatment. This problem for medical practice is actual to put on the complicated "untypical" diagnosis among others in the surgery of the tumor of the head and neck.

Key words: hemangioma, larynx, diagnosis, surgical methods of treatment.

В литературе существует множество описаний наблюдения гемангиом различных локализаций [1-12]. Это значительно распространенное и давно известное заболевание с достаточно хорошо изученной симптоматикой, клиникой и патогенезом. Диагностика гемангиом, расположенных поверхностно под кожей и слизистой обычно трудностей не вызывает. Но гемангиома, которая поражает глубоко расположенные ткани и имеющая большой объем, может вызывать значительные трудности при диагностике и лечении, так как она может прорасти (или) сдавливать жизненно важные внутренние органы.

Эта опухоль имеет двойственный характер клинического течения. Во-первых, это доброкачественное новообразование, которое, как правило, в злокачественную опухоль не перерождается, не имеет метастазов, не вызывает интоксикацию и кахексию. Во-вторых, эта опухоль часто рецидивирует, может поражать другие ткани, распространяясь в частности вокруг нервных стволов, вызывая сильные боли, сдавливать жизненно важные органы, вызывая атрофию и дегенерацию скелетной мускулатуры, а также, в ряде случаев, изъязвляться с возникновением обильных кровотечений, которые могут привести к летальному исходу. Течение таких гемангиом близко к проявлению злокачественных опухолей.

Имеется много работ отечественных и зарубежных авторов, посвященных проблеме происхождения этого заболевания, его диагностики и лечения [1-12]. До сих пор сохраняется вопрос о природе гемангиомы, является ли она истинной опухолью или представляет собой патологическое развитие сосудистой системы.

Еще в 1863 году Virchow писал, что все гемангиомы являются доброкачественными опухолями, которые состоят из хаотично расположенных новообразованных сосудов или из сосудов с новообразованными элементами в стенках. В 1875 году Lanceraux выделил термин «гемангиома», подтвердив этим, что это поражение именно кровеносных сосудов. Muscettola G. считал, что гемангиомы – это врожденные опухоли с источником роста из эндотелия стенок кровеносных сосудов [3,12]. Borst M. отмечал возможность опухолеподобной трансформации сосудов с изменением их

калибра и стенки с образованием гемангиом. Н.Н. Петров описывал гемангиомы, как дистопии, но без роста, предполагая, что их происхождение является эмбриональным. С.О. Дулицкий также придерживался мнения об эмбриональном происхождении данных опухолей, которые в зачатке существуют уже при рождении ребенка [2,6,10].

В то же время Albrecht и И.Е. Корнман пытаются объяснить их возникновение «врожденным тканевым уродством», отрицая их принадлежность к истинным опухолям. М.Ф. Глазунов писал о гемангиомах, как о дизэмбриогенетических опухолях, рост которых, начинаясь в эмбриональном периоде или с небольшим опозданием, продолжается многие годы, может приводить к деформациям органов и тканей, но всё же имеет предел и заканчивается, когда вся масса новообразованных клеток станет полностью дифференцированной [2,3,9].

В итоге можно сделать вывод, что большинство авторов определяют гемангиому как врожденную доброкачественную сосудистую опухоль с причиной ее возникновения вследствие порока развития эмбриональной сосудистой сети.

Следующей проблемой, требующей анализа, является этиология развития гемангиом, которая окончательно не выяснена. Некоторые из существовавших ранее теорий, таких, как фиссуральная, эмбриональная, невропатическая, травматическая в настоящее время являются малоубедительными в связи с большой диссоциацией проявления клинического течения и локализаций гемангиом.

Наиболее приемлемой теорией, которой придерживается большинство авторов, является версия, предложенная Malan и Puglionisi, которая выявила связь между развитием гемангиомы и эмбриогенезом сосудистой системы А.А. Мелая. В свете этой теории сосудистая система эмбриона начинает развиваться на 5-10 неделе его жизни. При этом появляются центральные артерии и сопровождающие их боковые вены на базе существующей примитивной капиллярной системы. Здесь возможно проявление отклонений в развитии сосудистой системы. Неиспользованный избыток первоначально созданной капиллярной системы не запустевает, а развивается самостоятельно под действием дизэмбриогене-

тических факторов, приобретая связь с концевыми артериальными и венозными стволами. Причем сложное нарушение эмбриогенеза сосудистой системы, в результате травм, инфекций, гормональных нарушений, служит катализатором для возникновения опухоли во внутриутробном периоде или уже в сформированном организме.

Гемангиома гортани встречается редко, чаще локализацией ее в гортани является верхний и нижний отделы (надскладочный и подскладочный). Могут быть кавернозные, капиллярные, венозные гемангиомы, доброкачественные гемангиоперицитомы. Также выделяются единичные гемангиомы, но могут быть случаи системного гемангиоматоза.

Вашему вниманию предлагается случай наблюдения редкой опухоли гортани у 19-летней девушки.

Больная З., 19 лет, поступила в отделение с жалобами на одышку, слабость, быструю утомляемость, гнусавость голоса, невозможность проглатывания твердой пищи, периодическую нехватку воздуха при дыхании. Со слов матери известно, что девочка приблизительно с восьмимесячного возраста имеет гнусавость, тогда же появилась одышка, которая возникала периодически, девочка всегда плохо набирала вес, были проблемы с аппетитом (отказывалась от еды, ела малыми порциями). При неоднократном обращении к отоларингологам в поликлиниках и отделениях города опухолевой патологии никогда не выявлялось, говорилось лишь о патологии носоглотки, причем оперативное лечение никогда не предлагалось. Данная симптоматика нарастала постепенно, особенно состояние больной ухудшилось за последний год. При обращении в одну из частных клиник больная была направлена в онкодиспансер.

При поступлении состояние больной средней тяжести, пониженного питания, кожные покровы бледные, имеется цианоз носогубного треугольника, гнусавость закрытого типа. Одышка появляется при незначительной физической нагрузке. При глотании дыхание периодически улучшается. Твердую пищу глотать не может. Крепитация хрищей гортани обычная. При пальпации шеи новообразований и патологически измененных узлов не выявлено. При непрямой ларингоскопии выявлена бугристая опухоль желтоватого цвета, исходящая предположительно из левой черпало-надгортанной складки больших размеров, тампонирующая вход в гортань. При длительном осмотре при глотании опухоль «исчезает». Это позволило предположить, что опухоль «на ножке» и, вероятно, сваливается в устье пищевода, чем можно объяснить имеющиеся явления дисфагии. Больная была госпитализирована в хирургическое отделение №2 Тульского онкодиспансера (ТООД).

Первоначально опухоль была диагностирована клинически как фибролипوما. В отделении была проведена попытка эндоларингеального удаления опухоли под местной анестезией при помощи гортанной петли, которая не увенчалась успехом. В связи с нарастанием явлений стеноза при попытке эндоларингеального удаления опухоли, больной была выполнена экстренная нижняя трахеостомия. В процессе проведения курса противовоспалительного лечения, включающем антибиотики, больная была обследована. При этом выявлено, что у больной имеется гипертрофия и перегрузка правого желудочка, хроническое легочное сердце в стадии декомпенсации, пароксизмы синусовой тахикардии, провоцируемые физической нагрузкой, астенический синдром, анемия 2 степени, гипотрофия, гипотония. Данное состояние больной свидетельствовало о длительном патологическом состоянии, приведшем к декомпенсации и развитию дыхательно-сердечной недостаточности.

При поступлении в общем анализе крови: Hb=87г/л, эритроциты=4.36×10¹²/л, лейкоциты=15,2×10⁹/л (без нарушения лейкоцитарной формулы), анизоцитоз +, СОЭ = 44 мм/час. Биохимический анализ крови и общий анализ мочи без патологии.

Морфологическое исследование опухоли при биопсии оказалось неинформативным вследствие того, что возникли трудности при заборе биопсии из-за большой плотности опухоли и ее подвижности. Было решено провести также ангиографическое исследование. На серии ангиограмм заполнения опухоли контрастным веществом не получено, также не было выявлено гипертрофии артерий и патологических изменений артерий шеи.

Через 7 дней после поступления больной в стационар ей выполнена операция боковая фронто-латеральная фаринготомия с удалением опухоли. Опухоль 4,5×3,5 см, плотная, в капсуле, на широком основании – ножке желтоватого цвета с синюшными вкраплениями, которая исходила из левой черпало-надгортанной складки. Послеоперационная гистология: кавернозная гемангиома с тромбозом и изъязвлением.

На пятые сутки после операции больная деканюлирована, питание зондовое через назогастральный зонд в течение трех недель. Проводилась противовоспалительная терапия, коррекция анемии, местные обработки в полости гортани, перевязки. Выписана домой на 27 сутки с закрывшейся трахеостомой, дыхание адекватное.

При выписке выполнена контрольная фиброларингоскопия. В области левой черпало-надгортанной складки определяется отек? + ткань? Данная картина расценена как остаточная опухоль. В дальнейшем при осмотре через три месяца ларингоскопическая картина полностью нормализовалась. Наблюдение больной после операции в течение 5,5 лет не выявило рецидива опухоли. При этом больная ведет нормальный образ жизни.

Ведение больной подтвердило теорию, что гемангиома является опухолью, обусловленной пороком развития эмбриональной сосудистой системы. При этом основным методом постановки диагноза является морфологическое исследование опухоли. Лечение таких отграниченных опухолей заключается в использовании хирургических методов лечения.

Литература

1. Дулицкий, С.О. Ангиомы в раннем детском возрасте /С.О. Дулицкий// Вопр. мат. и млад.- 1937.- №2.- С. 10.
2. Корнман, И.Е. Гемангиомы / И.Е. Корнман.- Одесса, 1913.
3. Краковский, Н.И. Гемангиомы (диагностика и лечение) / Н.И. Краковский, В.А. Таранович.- М.: Изд-во «Медицина», 1974.
4. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей /Под ред. В. И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга.- М.: Медицина, 1993.
5. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство в 2 томах. Т.1 /Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова.- М.: Медицина, 1993.
6. Петров, Н.Н. О признаках однородности так называемых доброкачественных и злокачественных опухолей /Н.Н. Петров// Хирургия.- 1956.- №2.- С.3.
7. Цыганов, А.И. Справочник по оториноларингологии / А.И. Цыганов, В.А. Гукович, Г.Э. Тимен.- Киев: Здоров'я, 1986.
8. Шеврыгин, Б.В. Детская амбулаторная

оториноларингология / Б.В. Шеврыгин.– М.: Медицина, 1991.

9. Albrecht, K. Uber Hamartome. Verhandl / K. Albrecht // Dtsch. Path. Gesell.– 1904.– №8.– P.325.

10. Borst, M. Allgemeine Pathologie der malignen Geschwulste / M. Borst.– Leipzig, 1924.

11. Malan, E. Congenital angiodyplasias of the extremities / E. Malan, A. Puglionisi// J. cardiovasc. Surg.– 1964.– №5.– P. 87

12. Muscettola, G. Ueber das primare Angiom der willkurlichen Muskeln / G. Muscettola// Arch. path. Anat.– 1894.– 135.– P. 277.

References

1. Dulitskiy SO. Angiomy v rannem detskom vozraste. Vopr. mat. i mlad. 1937;2:10. Russian.

2. Kornman IE. Gemangiomy: Odessa; 1913. Russian.

3. Krakovskiy NI, Taranovich VA. Gemangiomy (diagnostika i lechenie). Moscow: Izd-vo «Meditsina»; 1974. Russian.

4. Oshibki v klinicheskoy onkologii: Rukovodstvo dlya vrachey /Pod red. V. I. Chissova, A.X. Trakhtenberga. Moscow:

Meditsina; 1993. Russian.

5. Patologoanatomicheskaya diagnostika opukholey che-loveka: Rukovodstvo v 2 tomakh. T.1 /Pod red. N.A. Kraevskogo, A.V. Smol'yannikova, D.S. Sarkisova. Moscow: Meditsina; 1993. Russian.

6. Petrov NN. O priznakakh odnorodnosti tak nazyvayemykh dobrokachestvennykh i zlokachestvennykh opukholey. Khirurgiya. 1956;2:3. Russian.

7. Tsyganov AI, Gukovich VA, Timen GE. Spravochnik po otorinolaringologii. Kiev: Zdorov'ya; 1986. Russian.

8. Shevrygin BV. Detskaya ambulatornaya otorinolaringologiya. Moscow: Meditsina; 1991. Russian.

9. Albrecht K. Uber Hamartome. Verhandl. Dtsch. Path. Gesell. 1904;8:325.

10. Borst M. Allgemeine Pathologie der malignen Geschwulste. Leipzig; 1924.

11. Malan E., Puglionisi A. Congenital angiodyplasias of the extremities. J. cardiovasc. Surg. 1964;5:87

12. Muscettola G. Ueber das primare Angiom der willkurlichen Muskeln. Arch. path. Anat. 1894;135:277.

УДК 612.821

РИТМИЧЕСКИЕ ТЕПЛОВЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

С.Я. КЛАССИНА, Н.А. ФУДИН

ФГБУ НИИ нормальной физиологии им. П.К. Анохина РАМН, ул. Балтийская, д. 8, г. Москва, Россия, 125315, тел.: +7(905)5476234, e-mail: klassina@mail.ru

Аннотация. Концепция системного квантования поведения, предложенная академиком К.В. Судаковым, позволяет рассматривать спортивную деятельность человека как последовательность дискретных системных единиц деятельности – системоквантов. Системокванты характеризуются достигнутым результатом и "физиологической ценой" этого результата. В данной работе анализ результативности спортивной деятельности человека проводился в рамках вышеуказанных категорий. Показано, что ритмические тепловые воздействия способствуют повышению результативности спортивной деятельности человека. Наиболее успешными являются лица, достигающие результата спортивной деятельности на фоне повышения его «физиологической цены». Именно у этих лиц обнаруживается тенденция к повышению физической работоспособности после ритмических тепловых воздействий.

Ключевые слова: системное квантование, ритмические тепловые стимулы, результативность спортивной деятельности.

RHYTHMIC THERMAL IMPACTS AS A MEANS OF ENHANCING OF SPORT ACTIVITY EFFECTIVENESS

S.YA. KLASSINA, N.A. FUDIN

P.K. Anokhin Research Institute of Normal Physiology. RAMS, Moscow, 125315, Russia, Moscow, st. Baltic, 8, phone: +7(905)5476234, e-mail: klassina@mail.ru

Abstract. The concept of the systemic quantization of behavior, proposed by academician K.V. Sudakov, allows the authors to consider the sports activities of man as a sequence of discrete system units of activity – "systemoquants". "Systemoquants" are characterized by the achieved result and "physiological coast" of this result. In this work the analysis of the sports activities productivity held in the framework of the above-mentioned categories. It is shown, that rhythmic thermal impacts improve the effectiveness of the man sport activity. Persons are more successful, if they are attaining the sport activity result by means of increasing of it's "physiological cost". These persons detected a tendency to increase physical efficiency after rhythmic thermal influences.

Key words: systemic quantization, rhythmic thermal impacts, effectiveness of sports activity

Концепция системного квантования поведения, предложенная академиком К.В. Судаковым, позволяет на основе анализа отдельных системных единиц деятельности (системоквантов) изучать результативную деятельность человека [5]. Спортивная деятельность только тогда будет результативной, когда в ее тренировочной программе предусмотре-

ны эффективные средства восстановления.

Цель исследования – изучение влияния ритмических тепловых воздействий, как средства восстановления, на результативность спортивной деятельности.

Материалы и методы исследования. В обследовании приняли участие 19 лиц мужского пола в возрасте 18-