

руживался. Иная картина наблюдалась со стороны ИЛ-10 и кортизола. По нашему мнению, усиленное образование кортизола привело к активации синтеза этого противовоспалительного цитокина, концентрация которого в плазме крови стала увеличиваться с момента максимального уровня глюкокортикоида у экспериментальных животных.

Корреляционный анализ между показателями клеточных реакций в очаге асептического воспаления и содержанием в плазме крови интерлейкинов и гормонов показал, что толщина лейкоцитарного вала зависит от уровня ИЛ-1 β ($r=0,6$; $p<0,05$), толщина фибробластической капсулы взаимосвязана с уровнем ИЛ-10 ($r=0,7$; $p<0,05$). ИЛ-1 β и ИЛ-10 являются антагонистами ($r=-0,9$; $p<0,05$). Чем выше уровень кортизола, тем меньше толщина фибробластической капсулы ($r=-0,9$; $p<0,05$).

Со стороны тиреоидных гормонов при моделировании нами асептического воспалительного процесса значимых изменений и взаимосвязей зарегистрировано не было.

Таким образом, в очаге асептического воспаления происходит последовательная смена клеточных популяций, которые оптимально выполняют свои функции, и к 20 суткам процесс воспаления завершается образованием плотной соединительнотканной капсулы, которая обеспечивает полную изоляцию инородного тела от прилегающих тканей. ИЛ-1 β , ИЛ-10, кортизол осуществляют регуляцию формообразовательных процессов в очаге воспаления. При асептическом воспалении лейкоцитарная фаза протекает в течение 1 суток, макрофагическая-2-3 суток, фибробластическая-3-20 суток от момента повреждения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликова А.Н. Роль воспаления в атерогенезе при сахарном диабете. // Цитокины и воспаление. — 2007. — Т.6, №3. — С.14-20.
2. Лысикова М., Вальд М., Мациновски З. Механизмы воспалительной реакции и воздействие на них с помощью протеолитических энзимов. // Цитокины и воспаление. — 2004. — Т.3, № 3. — С. 48-53.
3. Майборода А.А., Кирдей Е.Г., Семинский И.Ж., Цибель Б.Н. Учебное пособие по общей патологии. Иммунный ответ, воспаление. 2-е изд., доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 112 с.
4. Маянский А.Н., Маянский Н.А., Заславская М.И. Нуклеарный фактор-кВ и воспаление. // Цитокины и воспаление. — 2007. — Т. 6, № 2. — С. 3-9.
5. Платонов А.Е. Статистический анализ в медицине и биологии: задачи, терминология, логика, компьютерные методы. — М.: Издательство РАМН, 2000. — 52 с.
6. Семинский И.Ж. Закономерности развития разных форм воспаления // Вестник ИрГТУ. — 2003. — № 2 (14). — С. 54-58.
7. Спрейс И.Ф., Алферова М.А., Михалевич И.М., Рожкова Н.Ю. Основы прикладной статистики (использование Excel и Statistica в медицинских исследованиях): Учебное пособие. — Иркутск: ИГИУВ, 2006. — 71 с.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, кафедра патологии с курсом клинической иммунологии и аллергологии, тел. (3952) 24-07-65, e-mail: swetlannik@rambler.ru; Серебренникова Светлана Николаевна — ассистент, Семинский Игорь Жанович — заведующий кафедрой, д.м.н., профессор, e-mail: igorsem59@mail.ru; Клименков Игорь Викторович — старший научный сотрудник, к.б.н., доцент, 664033, г. Иркутск, ул. Улан-Баторская, 3, ЛИН СО РАН, отдел «Ультразвуковой структуры клетки», тел. (3952) 423280, e-mail: iklimen@mail.ru; Семенов Николай Владимирович — старший преподаватель, к.м.н., доцент

© АГЗАМОВ Р.Ш., ТРИФОНОВА Э.В. — 2012
УДК 616.366-003.7-089

ДРОБЛЕНИЕ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Рольвер Шарипович Агзамов¹, Элла Викторовна Трифонова²
(¹МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевск, Альметьевск, гл. врач — к.м.н. М.Х. Закирьянов;
²Казанская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. К.Ш. Зыятдинов)

Резюме. В статье представлены непосредственные и отдаленные результаты лечения 67 больных желчнокаменной болезнью экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсией (ЭУВЛ). Лечение проведено 62 женщинам и 5 мужчинам с давностью заболевания от 2 до 7 лет. Положительный результат достигнут в 95% случаях. При проведении ЭУВЛ осложнения, связанные с влиянием ударных волн на ткани и органы, не зарегистрированы. Однако спустя 3-10 лет после ЭУВЛ отмечен рецидив камнеобразования у 59% пациентов, не принимавших препараты урсодезоксиколовой кислоты.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, литотрипсия, непосредственные и отдаленные результаты.

CRUSHING OF STONES IN A GALLBLADDER. THE DIRECT AND REMOTE RESULTS

R.S. Agmazov¹, E.V. Trifonova²

(¹Clinic of Open joint-stock Society "Tatneft" and of Almet'yevsk; Almet'yevsk, ²Kazan State Medical Academy, Kazan)

Summary. In article the direct and remote results on treatment of 67 patients with gallstone disease by extracorporeal shock wave lithotripsy are submitted (ESWL). Treatment is carried out to 62 women and 5 men with prescription of disease from 2 till 7 years. Positive result achieve in 95% cases. At carrying out ESWL the complications connected to influence of shock waves on a tissue and organs, are not registered. However later 3-10 years after ESWL relapse gallstones at 59% of the patients who were not accepting ursodeoxycholic acid is marked.

Key words: gallbladder disease, extracorporeal shock wave lithotripsy, the direct and remote results.

В последние годы отмечается явная тенденция к увеличению заболеваемости и распространенности желчнокаменной болезни (ЖКБ) [2]. Консервативные способы лечения данного страдания остаются до конца не изученными.

Одним из методов лечения ЖКБ остается экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия (ЭУВЛ) — органосохраняющая и малотравматичная операция [1,10]. Дробление начинается с минимального уровня энергии

(1 кДж), который поэтапно повышается до величины, при которой происходит разрушение камня. Считается, что этот метод лечения, с учетом показаний и противопоказаний, может быть применен у 11,5-20% пациентов, обратившихся по поводу ЖКБ [6,5,11,9].

В доступной литературе имеется мало работ, посвященных изучению рецидива заболевания после ЭУВЛ. Так, по данным G. Raumgartner (2005) спустя 2 года после полной элиминации фрагментов из ЖП они появляются вновь в 8% случаев [13]. Достаточно противоречивы данные о результатах литотрипсии камней желчного пузыря (ЖП) спустя 2 и более лет [8,12,14].

В связи с этим вопрос об отдаленных последствиях ЭУВЛ при ЖКБ требует дальнейшего изучения.

Целью работы явилась оценка ранних и отдаленных последствий экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии при калькулезном холецистите.

Материалы и методы

Нами, в МСЧ ОАО «Татнефть» и г. Альметьевска, в период с 1992 по 1994 годы экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия на аппарате «АДАП ЛТ-02» (Франция) выполнена 67 больным ЖКБ (62 (90%) женщинам и 5 (10%) мужчинам) с давностью заболевания от 2 до 7 лет. Всем пациентам проведено тщательное обследование, включающее клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, определение индекса протромбина, а также ультразвуковое сканирование органов гепатопанкреатобилиарной области, обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Показаниями к ЭУВЛ были: 1) количество конкрементов не более 3 общим диаметром 0,5-2,5 см; 2) наличие рентгеногегативных холестериновых камней; 3) функционирующий ЖП по данным динамической ультрасонографии; 4) возможность позиционирования камней в фокусе ударных волн; 5) проходимость пузырного протока; 6) свободный от камней общий желчный проток.

Противопоказаниями к использованию ЭУВЛ были: коагулопатии, нарушение гемостаза; беременность; хронический панкреатит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

В зависимости от акустических свойств и типа кальцификации, камни подразделялись на 1 тип (эхопроницаемые эхонеплотные рентгенопрозрачные); 2 тип (эхонепроницаемые эхонеплотные рентгенопрозрачные); 3 тип (эхонепроницаемые эхонеплотные рентгеноконтрастные); 4 тип (эхонепроницаемые эхоплотные рентгеноконтрастные (плотно-кальцинированные); 5 тип (эхонепроницаемые эхоплотные рентгеноконтрастные с концентрической кальцификацией) [6].

В работе строго соблюдались требования Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации, все больные выражали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных.

Всем больным литотрипсия проведена в стационарных условиях, без специальной подготовки, в нескольких случаях с использованием премедикации ненаркотическими анальгетиками. Эффективность ЭУВЛ устанавливали на УЗИ по отсутствию камней, их фрагментов и осадка в ЖП сразу после завершения литотрипсии, на следующий день и спустя 3-10 лет после лечения. Отдаленные результаты оценивали по клиническим признакам и данным ультразвукового сканирования, приглашая больных, которым была проведена ЭУВЛ. Отклик составил 98%.

Средний возраст пациентов составил $45,9 \pm 1,6$ лет (женщин $46,0 \pm 1,6$ лет, мужчин — $44,0 \pm 1,5$ лет, $p=0,065$). Индекс массы тела у женщин был достоверно выше ($26,9 \pm 0,5$ кг/м²) чем у мужчин ($23,0 \pm 0,7$ кг/м²), $p=0,022$. 67% пациентов предъявляли жалобы, характерные для ЖКБ. У 2 обследованных в анамнезе отмечены приступы желчной колики. У 12 больных при УЗИ выявлены признаки хронического холецистита. У 38 (58%) паци-

ентов обнаружен одиночный камень ЖП диаметром 0,5 — 2,3 см, у 29 (42%) — множественные камни диаметром 0,3 — 1,7 см.

Результаты и обсуждение

Всего проведено 111 сеансов ЭУВЛ (у 34 больных — по 1 сеансу, у 25 — по 2, у 5 — по 3, у 3 — по 4 сеанса). При этом фрагментация конкрементов достигнута у 64 человек. На вторые сутки у 6 (9%) больных ЖП был освобожден от песка, который непосредственно после сеанса литотрипсии при УЗИ определялся в виде гиперэхогенного слоя на задней стенке ЖП. Полная дезинтеграция конкрементов с образованием фрагментов менее 0,2 см в диаметре зарегистрирована в 58 (86%) случаях. У 3 обследованных ЭУВЛ положительного эффекта не дала. Успех фрагментации зависит от размера (суммарного объема) камней и их количества. В группе больных с единичными конкрементами эффективность дробления составила 86,5%, тогда как в группе с множественными камнями — 51%. В целом положительный результат ЭУВЛ достигнут в 95% случаях. При проведении ЭУВЛ осложнения, связанные с влиянием ударных волн на ткани и органы, не зарегистрированы.

У 19 больных спустя 8-10 лет после успешной литотрипсии и полной элиминации фрагментов из билиарного тракта положительный эффект ЭУВЛ выявлен в 5%. Рецидивное камнеобразование отмечено у 10 больных (59%). При этом у 9 обследованных (90%) с единственным камнем до литотрипсии, при повторном обследовании выявлен множественный холелитиаз. Появление симптоматики со стороны органов гепатопанкреатобилиарной зоны отмечено у 8 больных. В плановом порядке выполнена холецистэктомия 8 пациентам с множественными камнями ЖП. Во всех случаях отмечен постхолецистэктомический синдром.

При правильном отборе пациентов с некальцинированными солитарными камнями, диаметр которых не превышает 2 см, успех ЭУВЛ наблюдается более чем в 80-100% случаев [1,6,10]. По нашим данным он достиг 95%.

Результаты фрагментации камней имеют выраженную зависимость от акустических свойств и типа кальцификации конкрементов. Полная фрагментация эхопроницаемых эхонеплотных рентгенопрозрачных камней (1 тип) отмечена у 97% больных, эхонепроницаемых эхонеплотных рентгенопрозрачных (2 тип) — у 79%, эхонепроницаемых эхонеплотных рентгеноконтрастных (3 тип) — у 26%, эхонепроницаемых эхоплотных рентгеноконтрастных (плотно-кальцинированных) (4 тип) у 50%. При литотрипсии эхонепроницаемых эхоплотных рентгеноконтрастных камней с концентрической кальцификацией (5 тип) неэффективна фрагментация в 58% случаев, частично — в 42%. В целом эффективность литотрипсии составляет у лиц с 1 типом конкрементов 100,0%, 2 типом — 95,0%, 3 типом — 51,6%, 4 типом — 55,5%, 5 типом — нет успеха [6].

Процесс элиминации фрагментов определяется функциональным состоянием ЖП, степенью фрагментации конкрементов, их акустико-рентгенологическим типом. Полная элиминация фрагментов эхопроницаемых, эхонеплотных, рентгенопрозрачных конкрементов достигается в 97% случаев в течение 6 месяцев от начала лечения; эхонепроницаемых эхонеплотных рентгенопрозрачных конкрементов — в 79-89% в течение 12-18 месяцев; камней с включениями кальция — в 35% через 6 месяцев; плотнокальцинированных конкрементов — в 42% 6 месяцев спустя. Не зарегистрированы случаи полной элиминации фрагментов камней с концентрической кальцификацией [6].

При дроблении конкрементов ЖП зарегистрированы слабые печеночные колики (20%), значительные болевые приступы (10%), острый холецистит (0,5%), острый панкреатит (2,8%), петехии (4%) в месте вхождения ударной волны в тело пациента, исчезающие спу-

стя две недели, транзиторная гематурия (6%), тошнота (3%), головокружение [6,13]. В результате микротравматизации осколками камня (песком) стенки ЖП возникает ее локальное воспаление, временное (4-5 дней) утолщение и микрокровоизлияние. Это приводит к снижению сократительной функции ЖП и замедлению выведения песка [3].

Данный метод имеет ряд недостатков: не все камни поддаются дроблению из-за их плохой фиксации в ЖП, имеется большая угроза попадания мелких фрагментов в пузырный проток, закупорка его с развитием грозных осложнений [4,7,8]. Нами при проведении ЭУВЛ осложнения, связанные с влиянием ударных волн на ткани и органы, не зарегистрированы.

По данным некоторых авторов, сочетание оральной литолитической терапии и ЭУВЛ повышает эффективность последней, позволяет уменьшить энергетическую нагрузку на пациента за счет снижения мощности и количества импульсов, а также сеансов ЭУВЛ [5,8].

Таким образом, проведение ЭУВЛ позволило достигнуть непосредственного положительного результата в 95% случаев. Однако спустя 3-10 лет после литотрипсии отмечен высокий процент повторного камнеобразования (59%) у пациентов, не принимавших препараты урсордеоксихолевой кислоты, что позволяет рекомендовать для профилактики рецидива ЖКБ после ЭУВЛ проведение специальных медикаментозных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Экстракорпоральная литотрипсия с эндоскопическим удалением фрагментов при окклюзии пузырного протока // Советская медицина. — 1991. — №3. — С. 34-38.
2. Вовк Е.И. Желчнокаменная болезнь в XXI веке: лечение или профилактика? // Consilium medicum. — 2010. — № 2. — С. 37-44.
3. Кардаков Н.Л. Пьезоэлектрическая экстракорпоральная литотрипсия на аппарате «ЭДАП ЛТ.01» // «Экстракорпоральная литотрипсия. От теории к практике»: материалы конф. — М., 1992. — С. 13-15.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Старков Ю.Г. Экстракорпоральная литотрипсия при желчнокаменной болезни // Вестник хирургии. — 1990. — №10. — С. 3-8.
5. Сидоров В.В., Мацегора Н.А., Главицкий В.Г. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия в лечении желчнокаменной болезни // Вестник морской медицины. — 2001. — №2. — С. 14-17.
6. Старков Ю.Г. Экстракорпоральная билиарная литотрипсия. Обзор литературы // Хирургия. — 1992. — №3. — С. 133-140.
7. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г. Экстракорпоральная пьезоэлектрическая литотрипсия на аппарате «ЭДАП ЛТ.01» в хирургической гастроэнтерологической практике // Пьезоэлектрическая экстракорпоральная литотрипсия на аппарате «ЭДАП ЛТ. 01»: материалы конф. — М., 1992. — С. 14-15.
8. Benes J., Chmel J., Blazek O., Marecek Z. Extracorporeal shock wave lithotripsy of gallstones with oral dissolution. Results in course of ten years in Czech Republic in correlation to indication criteria // Sb. Lek. — 2001. — V. 102. — P. 17-22.
9. Benninger J., Rabenstein T., Farnbacher M., Keppler J. Extracorporeal shockwave lithotripsy of gallstones in cystic duct remnants and Mirizzi syndrome // Gastrointest. Endosc. — 2004. — V. 60. — P. 454-459.
10. Branche D., Magnier M. Extracorporeal lithotripsy for biliary lithiasis: 160 patients treated using an EDAP apparatus // Chirurgie. — 1989. — V. 115. — P. 312-321.
11. Garg P.K., Tandon R.K., Ahuja V., Makharia G.K. Predictors of unsuccessful mechanical lithotripsy and endoscopic clearance of large bile duct stones // Gastrointest. Endosc. — 2004. — V. 59. — P. 601-605.
12. Janssen J., Johanns W., Weickert U., Rahmatian M. Long-term results after successful extracorporeal gallstone lithotripsy: outcome of the first 120 stone-free patients // Scand. J. Gastroenterol. — 2001. — V. 36. — P. 314-317.
13. Paumgartner G., Sauter G.H. Extracorporeal shock wave lithotripsy of gallstones: 20th anniversary of the first treatment // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2005. — V. 17. — P. 525-527.
14. Rabenstein T., Radespiel-Tröger M., Höpfner L., Benninger J. Ten years experience with piezoelectric extracorporeal shockwave lithotripsy of gallbladder stones // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 2005. — V. 17. — P. 629-639.

Информация об авторах: 423450 г. Альметьевск, ул. Радищева, 67. E-mail: rgsbancorp@mail.ru
 Агзамов Рольвер Шарипович — к.м.н., заведующий отделением литотрипсии МСЧ ОАО «Татнефть» и
 г. Альметьевска. Трифонова Элла Викторовна — к.м.н., м.н.с. ЦНИЛ ГБОУ ДПО «КГМА»
 Минздрава России (843) 236-87-86, e-mail: rgsbancorp@mail.ru

© ФИЛИМОНОВА О.Г., СИМОНОВА О.В., ТИМИН М.В. — 2012
 УДК 616.002-77:616.89

ДИНАМИКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ ТИАНЕПТИНОМ

Оксана Григорьевна Филимонова, Ольга Викторовна Симонова, Михаил Викторович Тимин
 (Кировская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.В. Шешунов,
 кафедра госпитальной терапии, зав. — д.м.н., проф. Б.Ф. Немцов)

Резюме. С целью оценки качества жизни (КЖ), психоэмоционального статуса и клинических показателей у больных псориатическим артритом (ПА) под влиянием терапии тianeптинем обследованы 33 больных с достоверным диагнозом ПА. 16 больных (основная группа) получали тianeптин в дозе 37,5 мг/сутки, остальные 17 больных (контрольная группа) отказались от приема препарата. Через 3 месяца приема тianeптина наблюдалось статистически значимое уменьшение выраженности депрессии и тревоги согласно опроснику Бека ($p < 0,05$) и Госпитальной шкале (HADS) ($p < 0,05$), улучшились показатели КЖ пациентов по опроснику SF-36 ($p < 0,05$) и основные клинические параметры ($p < 0,05$). В контрольной группе значимых изменений изучаемых показателей не наблюдалось. Таким образом, терапия тianeптинем может быть рекомендована пациентам с ПА и выраженной депрессией.

Ключевые слова: псориатический артрит, тianeптин, качество жизни, психоэмоциональный статус.

DYNAMICS OF THE PSYCHOEMOTIONAL STATUS, CLINICAL PARAMETERS AND INDICATORS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS UNDER THE INFLUENCE OF THERAPY TIANEPTINE

O.G. Filimonova, O. V. Simonova, M.V. Timin
 (Kirov State Medical Academy)