

ИЛ-1 β (C+3953T) с причинами смерти лиц погибших в результате острой и хронической наркотической интоксикации. Результаты представлены в таблице 2.

По нашим данным, в группе лиц носителей «невоспалительного» генотипа C/C среди причин смерти преобладали острые отравления наркотиками и патология системы кровообращения – кардиомиопатия. В группе лиц носителей «воспалительного» аллеля T в генотипе чаще присутствовали причины смерти, связанные с развитием острого, хронического и ациклического воспаления в органах и тканях: гепатит, пневмонии различной этиологии, сепсис, пневмонии, туберкулез.

В этих группах нами была проанализирована длительность наркотического стажа.

В первой группе с генотипом C/C преобладали лица со стажем употребления наркотиков до 1 года, а также более 5 лет. Во второй группе с генотипом с/с преобладали лица с длительностью стажа употребления наркотиков 1–5 лет. В третьей группе с генотипом T/T также преобладали лица с длительностью стажа употребления наркотиков 1–5 лет. Результаты представлены в таблице 3.

Наркоманы – носители высокопродуцирующего аллеля T IL-1 β – имеют измененный иммунологический профиль. У этой категории лиц наблюдается быстрое прогрессирующее течение бронхитов, пневмоний, а также туберкулеза, сепсиса, хронического гепатита с исходом в цирроз. Эти заболевания, в патогенезе которых лежит воспалительный процесс, определяют спектр причин смерти и выживаемости в периоде от 1 года до 5 лет употребления алкалоидов опия. В ходе лечения лиц, злоупотребляющих наркотическими веществами либо употребляющих таковые с медицинскими целями, необходимо исследование полиморфизма гена ИЛ-1 β . Наличие провоспалительного генотипа представляет собой потенциальный риск развития воспалительных осложнений наркомании и, возможно, крайне тяжелого течения гепатита, сепсиса, туберкулеза. Это требует специальной коррекции. В противном случае наличие вышеуказанного генотипа определяет крайне тяжелый прогноз хронической наркотической интоксикации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Громова А. Ю., Симбирцев А. С. Полиморфизм генов семейства IL-1 человека // Цитокины и воспаление. – 2005. – Т. 4, № 2. – С. 3–12.
2. Смольникова М. В., Коненков В. И. Клиническая иммуногенетика заболеваний человека // Медицинская иммунология. – 2001. – Т. 3. – С. 379–389.
3. Шабанов П. Д. Наркология: Практическое руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – С. 320–325.
4. Nicklin M. J., Weith A., Duff G. W. A physical map of the region encompassing the human interleukin-1 alpha, interleukin-1 beta, and interleukin-1 receptor antagonist genes // Genomics. 1994. – № 19. – С. 382–384.
5. Pociot F., Molvig J., Wogensen L. A TaqI polymorphism in the human interleukin-1 β (IL-1 β) gene correlates with IL-1 β secretion in vitro // Eur. J. Clin. Invest. – 1992. – № 22. – С. 396–402.
6. Hacker U. T., Erhardt S., Tschop K., et al. Influence of the IL-1Ra gene polymorphism on in vivo synthesis of IL-1Ra and IL-1beta after live yellow fever vaccination // Clin. Exp. Immunol. – 2001. – № 125. – С. 465–469.
7. Santtila S., Savinainen K., Hurme M. Presence of the IL-1RA allele 2 (IL1RN*2) is associated with enhanced IL-1beta production in vitro // Scand. J. Immunol. – 1998. – № 47. – С. 195–198.

Поступила 26.06.2009

**Г. И. ТАРУАШВИЛИ, В. А. АВАКИМЯН, В. Н. КОЧОВ,
С. А. ЧИЛОВ, А. Г. ГИШЕВ, А. А. ТХАГАПСО, М. Г. АВРАМИДИ**

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДВУХ СПОСОБОВ ОДНОСТОРОННЕГО НЕПОЛНОГО ИНТРАКАВЕРНОЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕЙРОНИ

¹Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии
Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 8 (861) 261-52-03

Одностороннее неполное проксимальное интракавернозное протезирование при болезни Пейрони сводит к минимуму опасность развития интраоперационных и послеоперационных осложнений. Наиболее опасные осложнения (травма уретры и протезная инфекция) при этом методе интракавернозного протезирования не наблюдались.

Ключевые слова: болезнь Пейрони, осложнения, интракавернозное протезирование.

**G. I. TARUASHVILI, W. A. AWAKIMJAN, V. N. KOCHOV, S. A. CHILOV,
A. G. GISHEV, A. A. THAGAPSO, M. G. AVRAMIDI**

INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS TWO METHODS UNILATERAL
INCOMPLETE INTRACAVERNOSAL PROSTHESIS BY PATIENTS WITH PEYRONI'S DISEASE

¹Chair of hospital surgery with urology course of Kuban State Medical University,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedin Str., 4. Tel. 8 (861) 261-52-03

Unilateral incomplete proximal intracavernosal prosthesis minimizes the risk of intraoperative and postoperative complications. The most dangerous complications (trauma of the urethra and prosthetic infection) in this method of intracavernosal prosthetic of patients with Peyronie's disease were not observed.

Key words: Peyronie's disease, sequellae, intracavernosal prosthesis.

Введение

Склеротические ткани полового члена (ПЧ) являются наиболее сложным для преодоления препятствием при имплантации всех видов фаллопротезов (ФП) [1]. О высоком риске травмы уретры, перфорации белочной оболочки кавернозных тел (КТ), особенно в области ножек, апикальной части и перегородки, сообщает М. И. Коган (2005). По литературным данным, протезная инфекция и кавернит являются наиболее частыми и опасными осложнениями фаллопротезирования [2]. Частота протезной инфекции в различных группах пациентов колеблется от 0,6–0,9% [3] до 20–50% [4, 5], возрастая при ИП на фоне склеротических изменений в ПЧ. В связи с этим определённый интерес представляет анализ интраоперационных и послеоперационных осложнений у пациентов с БП, которым устранение эректильной деформации осуществляется имплантацией ФП в одно наиболее поражённое склерозом КТ.

Материалы и методы

В основу работы положен опыт лечения 173 больных с БП. Дан анализ операционных и послеоперационных осложнений, развившихся у 33 пациентов с БП с сохранённой эректильной функцией (ЭФ), которым с целью устранения эректильной деформации проводилась операция одностороннего неполного ИП. Все пациенты были разбиты на две группы. В первую вошли 92 больных, которым имплантация ФП проводилась через разрез в дистальной части ствола ПЧ. Операция получила название одностороннее неполное дистальное интракавернозное протезирование (ОНДИП) [6]. Вторую группу составил 81 больной, которым ФП имплантировался через разрез в области основания ствола ПЧ, – одностороннее неполное проксимальное интракавернозное протезирование (ОНПИП). Послеоперационные осложнения оценивались в сроки до 5 лет после операции (средний срок наблюдения $3 \pm 0,8$ года).

Результаты и обсуждение

ОНПИП отличается от ОНДИП несколькими принципиальными моментами. Первое – локализацией операционного разреза, второе – направлением имплантации протеза от широкой проксимальной части к узкой дистальной части КТ; третье – фиксация им-

плантанта проходила путем наложения суживающих швов проксимальнее конца протеза. Эти преимущества позволили уменьшить число интраоперационных осложнений.

Интраоперационные осложнения имели место у 33 больных. В зависимости от способа (дистального или проксимального доступа к КТ). Осложнения распределились следующим образом (табл. 1).

Трудности, возникающие во время ОНДИП при дифференциации среди грубых склерозированных тканей сужающегося в дистальных отделах КТ, послужили причиной разных осложнений, которых можно было избежать. При операционном доступе через плотный участок дистального фиброза у 6 больных I группы был ошибочно рассечен дистальный отдел противоположного КТ (6,7%). В результате этого имплантация ФП проходила в противоположное КТ. Выявилось в конце операции у 6 из 92 пациентов после ОНДИП. Такая незапланированная смена КТ приводила к тому, что ФП устанавливали в КТ менее поражённое склерозом, с лучшими параметрами кровотока. При ОНПИП у больных II группы свободный доступ к широкому КТ являлся надёжной профилактикой такого «непопадания» в КТ, выбранное для имплантации ФП.

Другой непредвиденный исход был связан с серьёзным интраоперационным осложнением – была травма уретры. Среди 92 пациентов I группы травма висячей части уретры во время операции наблюдалась у 5 (5,4%). Механизм травмы уретры при таком методе протезирования можно представить следующим образом. При дифференциации дистального отдела КТ среди склеротических тканей происходило ошибочное проникновение в межкавернозное пространство с последующим бужированием и введением в него бужа и затем ФП. При продвижении инструмента или ФП в проксимальном направлении повреждалась передняя стенка уретры. Как правило, в этот момент возникало чувство провала и дальнейшее свободное продвижение бужа или ФП с выделением крови из уретры. При возникновении этого осложнения операционная рана ушивалась, на трое суток в мочевого пузырь ставился катетер Фолея. При ОНПИП тех осложнений среди 81 больного второй группы мы не имели.

Таблица 1

Интраоперационные осложнения одностороннего ИП

Осложнения	I группа (92 пациента)		II группа (81 пациент)	
	Число	Проценты	Число	Проценты
Травма уретры	5	5,4	0	0
Протезирование противоположного КТ	6	6,5	0	0
Подкожная гематома	12	12,6	11	14
Перфорация белочной оболочки	0	0	1	1,7
Всего	23	24,5	12	15,7

Послеоперационные осложнения у больных I-II групп при проведении одностороннего неполного ИП

Осложнения	I группа (92 пациента)		II группа (81 пациент)	
	Число	Проценты	Число	Проценты
Гнойный кавернит	4	4,3	0	0
Лигатурные свищи	2	2,6	0	0
Гранулёмы в области операционного рубца	2	2,6	0	0
Гланулоптоз	3	3,2	0	0
Всего	11	12,7	0	0

Перфорация белочной оболочки в дистальном отделе левого КТ с выходом конца инструмента под кожу возникла при растягивании ствола ПЧ инструментом у одного пациента II группы в начальный период освоения метода ОНПИП. В связи с возникшим операционным осложнением имплантация ФП проведена в противоположное КТ.

Подкожные гематомы характеризовались изменением окраски полового члена. Большой процент (14,0%) подкожных гематом, возникающих у пациентов II группы, против 12,6% у больных первой группы можно объяснить особенностями доступа через ткани в области основания ствола ПЧ, где расположены поверхностные вены ПЧ. Следует отметить, что подкожные гематомы имели небольшие размеры, не требовали проведения дополнительных лечебных мероприятий и рассасывались в течение первой недели после операции без каких-либо последствий.

Послеоперационные осложнения, последствием которых являлась невозможность совершения полового акта и устранение которых требовало проведения оперативных вмешательств, наблюдались только у пациентов I группы. Послеоперационные осложнения в двух сравниваемых группах больных приведены в таблице 2.

Самым тяжёлым послеоперационным осложнением являлись протезная инфекция и гнойный кавернит. Эти осложнения возникали в течение первого года после ОНДИП. Протезная инфекция и гнойный кавернит проявлялись повышением температуры тела, свищами с серозно-гнойным отделяемым в области послеоперационного рубца. Причиной таких свищей являлись узлы, которыми к белочной оболочке КТ фиксировался дистальный конец ФП при операционном доступе в области венечной борозды. Считаем, что такие свищи возникали в связи с травматизацией тонкого слоя тканей над узлом с последующим обнажением узла, инфицированием этого участка ПЧ и переходом инфекции на перипротезное пространство. Гнойный кавернит и гнойные свищи наблюдались у 4 пациентов после ОНДИП через разрез в области венечной борозды ПЧ. При этом осложнении ФП удалялся через разрез в области послеоперационного рубца.

У двух пациентов в течение года после ОНДИП в области послеоперационного рубца открывался лигатурный свищ с серозным отделяемым. При этом признаки кавернита отсутствовали. Через разрез в области послеоперационного рубца с рассечением свища производилось удаление лигатуры. У двух пациентов в сроки 1–2 года при половом сношении возникали боли

в области послеоперационного рубца, где пальпировались болезненные гранулёмы вокруг узлов нитей, фиксирующих ФП к белочной оболочке КТ. После иссечения этих узлов боли исчезали.

Следующим осложнением, которое наблюдалось после ОНДИП, был гланулоптоз. Это осложнение возникло в течение первого года после операции вследствие проксимального смещения ФП. Характерные признаки этого осложнения – расположение дистального конца эндопротеза сбоку от головки ПЧ и отклонение головки в сторону, противоположную тому КТ, в которое был имплантирован ФП. Под наблюдением находились трое пациентов с гланулоптозом через год после ОНДИП. Устранение гланулоптоза проводилось специальной операцией.

Следует отметить, что после ОНПИП через разрез в области основания ПЧ описанные выше осложнения мы не наблюдали. Считаем, что послойное ушивание операционной раны после протезирования по разработанному методу надёжно ограничивает под более толстым кожно-фасциальным слоем швы белочной оболочки от поверхности кожи. Кроме того, во время полового акта послеоперационный рубец у основания ПЧ в меньшей степени подвергался травматизации и давлению, чем послеоперационный рубец и лигатурные узлы в области венечной борозды после ОНДИП.

Проведённые исследования показывают, что после одностороннего неполного дистального интракавернозного протезирования возможны тяжёлые интраоперационные осложнения. Также наблюдались серьёзные послеоперационные осложнения, повлекшие за собой удаление ФП в 4,3% случаев. Именно эти обстоятельства способствовали тому, что мы отказались от этого способа фаллопротезирования и стали использовать в своей работе разработанный нами способ одностороннего неполного проксимального интракавернозного протезирования [8]. При использовании этого способа протезирования у пациентов с БП практически единственным интраоперационным осложнением были подкожные гематомы, которые рассасывались в течение 7–10 дней после операции. Послеоперационные осложнения среди наших 81 больных после ОНПИП мы ни разу не встретили.

Таким образом, одностороннее неполное проксимальное интракавернозное протезирование сводит к минимуму опасность развития интраоперационных осложнений. У пациентов с БП после такого способа протезирования отсутствовали послеоперационные осложнения. Поэтому операция ОНПИП должна стать методом выбора при лечении болезни Лейри.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wilson S. K. Status of Penile Implantants // AUA Annual Meeting. – 2002. – P. 49–56.
2. Коган М. И. Эректильная дисфункция. – Ростов-на-Дону, 2005. – С. 271.
3. Carson C. C. Management of prosthesis infections in urologic surgery // Urol. Clin. North. Am. – 1999. – V. 26 (4). – P. 829–839.
4. Wilson S. K. Inflatable penile implant infection: predisposing factors and treatment suggestions / S. Wilson, J. Delk // Management of complex penile implant cases Symposium. AUA Annual meeting handbook. – 1995. – P. 123–131.
5. Lin J. S. Novel image analyses of corpus cavernosus tissue in impotent men / J. S. Lin [et al.] // Urology. – 2003. – V. 55, № 2. – P. 252–256.
6. Таруашвили Г. И. Одностороннее интракавернозное протезирование при эректильной дисфункции / Е. А. Породенко, С. В. Тиликин // Урология, 1999. – № 6. – С. 28–30.
7. Таруашвили И. Г. Новые возможности протезирования полового члена при болезни Пейрони / И. Г. Таруашвили, В. Н. Кочов, Г. И. Таруашвили, С. А. Голохваст, Е. В. Симоненко, А. В. Эдельман, Е. А. Породенко // Андрология и генитальная хирургия. – 2006. – № 3. – С. 39–43.
8. Таруашвили И. Г. Способ интракавернозного протезирования полового члена / И. Г. Таруашвили, С. А. Чилов, Г. И. Таруашвили. – Патент на изобретение № 2326602. РФ (5 стр.) – Оpubл. 20.06.08. – Бюл. № 17.

Поступила 08.08.2009

А. А. УСАНОВА, А. В. ЗОРЬКИНА, А. Л. СЕРНОВА

ИССЛЕДОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ АКТОВЕГИНА И МЕКСИДОЛА В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Кафедра поликлинической терапии и функциональной диагностики медицинского института
ГОУ ВПО «МГУ им. Н. П. Огарева»,
430035, Мордовия, г. Саранск, ул. Ульянова, 28. E-mail: wind-lina@mail.ru

3-оксипиридина сукцинат (мексидол) на модели сочетанных метаболических нарушений оказывает антиоксидантное, гиполлипидемическое, гипогликемическое и гепатопротекторное действие. Комбинированное применение актовегина и мексидола обеспечивает в условиях моделирования сочетанных метаболических нарушений повышение эффективности корригирующего эффекта терапии.

Ключевые слова: сочетанные метаболические нарушения, актовегин, мексидол

А. А. USANOVA, А. В. ZORCINA, А. Л. SERNOVA

INVESTIGATION OF COMBINED APPLICATION OF ACTOVEGIN AND MEXIDOL UNDER SIMULATION CONDITIONS OF CARBOHYDRATE AND LIPIDIC DISBOLISM IN EXPERIMENT

Chair of polyclinic therapy and functional diagnostics of medical institute SGI HPE «N.P. Ogarev MSU»,
430035, Uljanova, 28, Saransk, Mordovian Republic. E-mail: wind-lina@mail.ru

3-oxypyridine succinate has an antioxidant, hypolipidemic, hypoglycemic and hepatoprotection effect in the model of associated metabolic abnormalities. Combined application of actovegin and mexidol provides effectiveness increase of corrective therapeutic action when associated metabolic abnormalities are simulated.

Key words: associated metabolic abnormalities, actovegin, mexidol

Введение

Метаболический синдром – одна из актуальнейших проблем общественного здравоохранения [3, 4] – значительно повышает риск развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений. Учитывая значительный вклад в патогенез метаболического синдрома оксидативного стресса [1, 2], представляется целесообразным применение лекарственных препаратов антиоксидантного действия. В то же время недостаточно изученным остается влияние на метаболические процессы препаратов, действующих преимущественно на белковый обмен. Целью работы явилось исследование влияния

мексидола и актовегина на некоторые биохимические показатели при моделировании сочетанных нарушений липидного и углеводного обмена в эксперименте.

Методика исследования

Исследования проводились на 44 нелинейных белых крысах обоего пола массой 200–300 г. Сочетанные метаболические нарушения воспроизводились путем однократного внутрибрюшинного введения аллоксана в дозе 135 мг/кг и ежедневного в течение 20 суток введения масляного раствора холестерина в дозе 40 мг/кг/сут per os. Поставлено 4 эксперимен-