

С целью повышения устойчивости головного мозга к гипоксии перед пережатием ОСА проводилась интраоперационная инфузия глицерина в дозе 1000 мг, препаратов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин), и прямых антикоагулянтов (гепарин).

После снятия зажима с ОСА артериальное давление нормализовалось в течение 10-15 минут. Спонтанное дыхание восстанавливалось по окончании операции. В течение первых 2^х часов у больных сохранялась постнаркозная депрессия сознания, которая в последующем к окончанию 3-4 часа полностью купировалась.

Неврологический статус, который являлся определяющим в клинической картине больных, оперированных на ЭЦА, уже к концу 1^х суток не отличался от исходного. В раннем послеоперационном периоде больные получали лечение в палате интенсивной терапии, где проводилось тщательное наблюдение за общим со-

стоянием, мониторинг, клиническое обследование.

В течение первых трех суток больные обязательно получали глицерин, реополиглюкин, симптоматическую терапию. В последующие дни больным назначался мексидол или пирацетам в обычных дозировках.

Все больные были выписаны в соответствующие сроки на 8-9 сутки. У одного больного развилось повторное ОНМК (ишемический инсульт) через 12 часов после операции. Больной был переведен в неврологическое отделение и в последующем выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, проведенный анализ позволяет рекомендовать использование метаболического нейротектора — глицерина в сочетании с искусственной гипертензией в качестве эффективного метода защиты головного мозга от гипоксического повреждения при операциях на ЭЦА.

ANESTHESIOLOGICAL METHOD IN SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH STENOSIS OF EXTRACEREBRAL VESSELS

L.I. Kudryavtsev, E.S. Netesin, A.A. Pisarenko, V.F. Negrej

(Clinical hospital №1, Irkutsk, Irkutsk State Medical University, Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies)

The results of anesthesiological maintenance of surgical correction of atherosclerotic lesion of extracerebral vessels in 14 patients, operation in conditions of the general anesthesia with use of various variants of pharmacological protection of a brain are presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексанов А.А., Стерекова А.А., Писаренко А.А. Использование внутрикаротидной гипотермической инфузии как метод защиты мозга от гипоксического повреждения у больных во время операции на экстрацеребральных артериях // Актуальные вопросы интенсивной терапии, анестезии и реанимации. — Иркутск, 1997. — С.33-36.
2. Генс А.П., Степаненко А.Б., Белов Ю.В. Хирургическое лечение окклюзий аорты у больных с мультифокальным атеросклерозом // Тезисы научной конференции «Хирургическое лечение больных с мультифокальным атеросклерозом». — М., 1996. — С.21.
3. Дзизинский А.А. Атеросклероз. Этиология. Патогенез. Лечение. — Иркутск: Изд-во Иркутского университета, 1997. — 273 с.
4. Покровский А.В. и др. Ангиологическая служба в системе практического здравоохранения России // Ангиология и сосудистая хирургия. — 1997. — № 2. — С.12-18.
5. Спиридонов А.А. Ангиохирургия сегодня — нерешенные проблемы // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 1990. — № 6. — С.3-11.
6. Brownell W. Common sense and carotid endarterectomy // J. of Vasc. Surg. — 1990. — Vol. 11, № 6. — P.735-744.
7. Gallimard J.F., Chaix A.F.J., Thomas P., et al. Ultrasonic detection of arteriosclerosis of the main arterial trunks in the coronary patient // Arch. Mal. Coeur. Vaiss. — 1986. — Vol. 79, № 7. — P.1054-1060.
8. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. Randomised trial of endarterectomy for recently symptomatic carotid stenosis: final results of the MRC European Carotid Surgery Trial. // Lancet. — 1998. — Vol. 351. — P.1379-1387.
9. Chambers B.R., You R.X., Donnan G.A. Carotid endarterectomy for asymptomatic carotid stenosis (Cochrane Review) // The Cochrane Library. — 2003. — Issue 2.
10. Rao R. The role of carotid stenosis in vascular cognitive impairment // J. Neurol. Sci. — 2002. — Vol. 203-204. — P.103-107.
11. Meyer S.O. Cerebrovascular Diseases. — Philadelphia, 1994. — P.551.
12. Lanzer P., Rosch J., et al. Vascular Diagnostics. — Berlin-Hidelberg-New York Springer-Verlag, 1994. — 528 p.
13. Sacco R.L. Extracranial carotid stenosis // N. Engl. J. Med. — 2001. — Vol. 345. — P.1113-1118.

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю. — 2006

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАННЕГО АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛОАРТРИТА

Н.Ю.Казанцева

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н., проф. Ю.А. Торяев)

Резюме. Диагностика раннего (до появления рентгенологических изменений) анкилозирующего спондилоартрита чрезвычайно затруднена. На основании обследования 40 больных с неутвержденным анкилозирующим спондилоартритом автор приводит наиболее характерные признаки заболевания, при этом используются классификационные критерии спондилоартритов, предложенные Европейской группой по изучению спондилоартритов, и алгоритм ранней диагностики воспалительного характера заболевания позвоночника.

Ключевые слова. Анкилозирующий спондилоартрит, ранняя диагностика, клиническая картина.

Клиническая картина анкилозирующего спондилоартрита (АС) характеризуется полиморфностью, что затрудняет диагностику заболевания на ранних стадиях [1].

Часто дебют АС напоминает распространенные заболевания: остеохондроз позвоночника, различные реактивные артриты, поэтому запаздывает своевременная

диагностика в среднем на 8-10 лет [4].

При центральной форме АС ранняя стадия встречалась в 14% случаев, что свидетельствует о трудностях ранней диагностики. На ранней стадии болезни в 24% случаев был ошибочно диагностирован ревматоидный артрит, у 20% обследованных — остеохондроз, у 10% — реактивный артрит [5].

На ранних стадиях заболевания особое значение имеют: боли в пояснице во второй половине ночи; скованность в пояснице; радикулярные боли [6].

Известно, что постановка диагноза АС нередко растягивается на несколько лет. На функциональную недостаточность опорно-двигательного аппарата в ранний период заболевания значительное воздействие оказывает не только выраженность боли, но и выраженность утренней скованности.

Скованность отображает активность воспалительного процесса при АС, причем в большей степени, чем СОЭ и СРБ.

При АС наблюдается диссонанс клинических и лабораторных тестов активности заболевания [6]. Ригидность (скованность) в начале развития АС чаще локализуется в поясничном отделе позвоночника [3].

Многие спондилоартриты имеют достаточно четко разработанные диагностические критерии, которые однако, не всегда приемлемы для распознавания и дифференциальной диагностики на самых ранних этапах болезни при осуществлении эпидемиологических исследований и в случаях так характерной для спондилоартритов перекрестной клинической симптоматики [2].

Большого внимания заслуживает совершенствование диагностики, изучение клиники и эволюции спондилоартропатий у женщин в связи с поздним распознаванием, высоким процентом ошибочных диагнозов именно у этой категории больных [2].

Цель работы — выявление наиболее характерных признаков раннего АС.

Материалы и методы

Было обследовано 40 больных с неуточненным спондилоартритом направленных в Иркутский городской ревматологический центр. Диагноз верифицирован по критериям Европейской группы по изучению спондилоартритов, при этом использовался алгоритм ранней диагностики воспалительного характера заболевания позвоночника [7].

Результаты и обсуждения

Общая оценка начального периода раннего АС показывает, что заболевание у 30 больных начиналось с артралгий, которые были нестойкие, и у 10% — в начале заболевания появлялась скованность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, нередко ее локализация была затруднена и ощущалась глубоко в ягодичах (у 22,5%). При боли в области илисокральных сочленений отмечалась иррадиация в ягодичные складки, заднюю поверхность бедра, по направлению к подвздошным гребням, большим вертелам. Практически все больные отмечали боли ночью. Проявление артрита в 35% локализовалось в коленных суставах, в голеностопных — у 15% больных.

На таллалгии указывали 30% больных — болезненность или припухлость в месте прикрепления к пяточной кости ахиллова сухожилия и подошвенного апоневроза. На ишалгии указывали 25% больных, боли в области грудины — 15% (табл. 1).

У 22,5% больных были указания на связь заболевания с микротравмой позвоночника, на перегрузку суставов указывали 12,5%. Роль профессиональных факторов в возникновении АС спорная, однако у 70% больных в анамнезе был тяжелый физический труд. Это как-то образом влияет на развитие АС, возможно за счет микротравм позвоночника во время работы.

Таблица 1

Клинические дебюты анкилозирующего спондилоартрита (n = 40)

Вид дебюта	Количество больных	
	n	% (M+m)
Моно-олигоартрит	21	52,5 ± 7,8
Ишалгии	10	25,0 ± 6,8
Боли в поясничном отделе позвоночника	4	10,0 ± 4,7
Боли в области груди	6	15,0 ± 5,6
Увеиты	3	7,5 ± 4,1
Боли в ягодичах	12	30,0 ± 7,2
Таллалгии	12	30,0 ± 7,2
Ахиллобурсит	3	7,5 ± 4,1
Дактелит	2	5,0 ± 3,4
Боли в шейном отделе позвоночника	3	7,5 ± 4,1
Боли в грудном отделе позвоночника	2	5,0 ± 4,1

тавов указывали 12,5%. Роль профессиональных факторов в возникновении АС спорная, однако у 70% больных в анамнезе был тяжелый физический труд. Это как-то образом влияет на развитие АС, возможно за счет микротравм позвоночника во время работы.

Таблица 2

Частота встречаемости критериев серонегативных спондилоартритов у больных с ранним АС (n = 40)

Критерии	n	%
Большие критерии		
Боль в позвоночнике воспалительного характера	19	47,5
Синозит (наличие в прошлом или в настоящее время несимметричного артрита или артрита преимущественно крупных суставов нижних конечностей)	21	52,5
Малые критерии		
Семейные случаи заболевания	3	7,5
Энтезопатии (наличие в прошлом или в настоящее время боли или болезненности в области прикрепления ахиллова сухожилия или подошвенного апоневроза)	3	7,5
Псориаз	-	-
Воспалительное заболевание кишечника	3	7,5
Перебегающая боль в ягодичных областях	12	30
Острая диарея	2	5
Уретрит	-	-
Сакроилеит	-	-

Ранний АС чаще встречался у мужчин в возрасте до 30 лет (65%).

Давно замечено, что воспаление глаз у женщин с АС может протекать независимо от поражения скелета и не всегда коррелирует с тяжестью суставного процесса. Атака увеита может развиваться задолго до начала АС [3].

По нашим данным увеит в начале заболевания был у 7,5% больных (табл. 1).

На ранних стадиях АС, особенно если на первый

план в клинической картине выходит поражение суставов, бывает необходимо проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями суставов. С этой целью нами были использованы классификационные критерии серонегативных спондилоартритов, предложенные Европейской группой по изучению спондилоартритов (табл. 2).

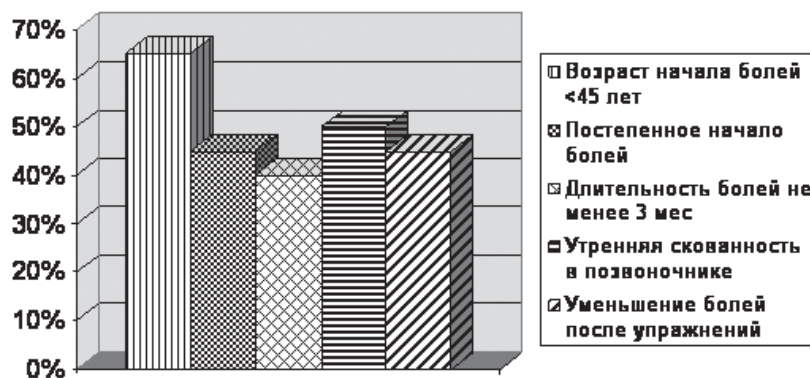


Рис.1. Ранние признаки воспалительного характера болей в позвоночнике (n = 40 чел.).

В дебюте заболевания к наиболее значимым проявлениям относятся: синовит (наличие в прошлом или в настоящее время несимметричного артрита или артрита преимущественно крупных суставов нижних конечностей) — 52,5%, боль в позвоночнике воспалительного характера — 47,5%, перемежающаяся боль в ягодичных областях — 30%. Воспалительный характер боли в позвоночнике предусматривает: выраженную скованность, преимущественно ночные боли, уменьшение болевого синдрома под влиянием движений.

Артрит при АС отличается от ревматоидного артрита. При последнем наблюдается симметричный полиартрит преимущественно мелких суставов кистей и стоп или мелких и крупных суставов верхних и нижних конечностей.

На момент обследования у большинства больных изменения на рентгенограммах отсутствовали или были незначительными. Всем больным проводилась рентгенография пораженных суставов, крестцово-подвздошных сочленений. Лабораторная активность на ранней стадии АС была незначительной и выражалась больше в увеличении СРБ (у 12,5%), чем СОЭ.

С целью уточнения воспалительного характера заболевания позвоночника мы воспользовались алгоритмом ранней диагностики воспалительного поражения позвоночника. [7]. Возраст начала болей менее 45 лет наблюдался у 65% больных (рис. 1), постепенное начало болевых ощущений — у 45%, длительность болей не менее 3 месяцев — у 40%, утренняя скованность в позвоночнике — у 50%, уменьшение болей после упражнений — у 45% больных. Поскольку наличие 4 из 5 признаков позволяет заподозрить вос-

палительный характер заболевания позвоночника, наличие определенного раннего спондилоартрита мы могли диагностировать при первичном контакте с больными только у 45% (18 чел.).

Таким образом, своевременная постановка диагноза обеспечивает больным пристальное внимание и диспансерное наблюдение ревматолога, систематическое лечение, что позволяет предотвратить тяжелую деформацию позвоночника и сохранить трудоспособность больных.

Характерными клиническими признаками раннего АС являются: моно-олигоартрит крупных суставов нижних конечностей, несимметричный; боль в позвоночнике воспалительного характера; боли в ягодичах; талалгии; ишалгии.

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF THE EARLY ANCILOSING SPONDILOARTHRITIS

N.U. Kazantseva
(Irkutsk State Medical University)

The author on the grounds of investigation of 40 patients with the probable diagnosis of spine arthritis, defines the most typical symptoms of the early spine arthritis, and uses the classification of the criterion of spondiloarthritis and the inflammatory nature of the affection of the spine.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р. Анкилозирующий спондилоартрит // Рос. ревматология. — 1998. — № 5. — С.59-67.
2. Агабабова Э.Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий // Научно-практическая ревматология. — 2001. — № 4. — С.10-17.
3. Бадюкин В.В. Применение Сирдалуда в ревматологической практике // Русский медицинский журнал. — 2005. — № 24. — С.1586-1589.
4. Чупахина В.А., Борисенко Н.А., Жукова Л.В. и др. Трудности диагностики анкилозирующего спондилоартрита на ранних стадиях заболевания // Актуальные вопросы диагностики и лечения системных заболеваний соединительной ткани. — М., 1996. — С.70.
5. Якушин С.С., Филоненко С.П. и др. Клинические особенности и возможности прогнозирования течения анкилозирующего спондилоартрита // Актуальные вопросы диагностики и лечения системных заболеваний соединительной ткани. — М., 1996. — С.71.
6. Hussein A., Stem Y. // Scan Y., Rheum. — 1997. — Vol. 16, № 2. — P.101-105.
7. Yu D.T., Wiesenhuber C.W. Clinical manifestations and diagnosis of ankylosing spondylitis // Up.To Date. — 2004. — Vol.12.2.