

и потребления кислорода, что особенно важно у больных с опухолями головного мозга и артериальными аневризмами, учитывая высокую чувствительность мозга к гипоксии. Сочетанное воздействие на опиоидную и адренергическую систему с помощью стресс-протек-

торных препаратов (клофелина и даларгина) у больных основной группы, позволяет предотвратить гиперэргическую реакцию нейроэндокринной системы. Это говорит о надежной защите от хирургической агрессии.

COMBINED USE OF CLONIDINE AND DALARGINE DURING OPERATIONS ON REMOVAL OF TUMOR OF BRAIN, CLIPPING OF ARTERIAL ANEURYSM

I.P. Nazarov, V.A. Polonskaya
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

In the article it is presented author's methods investigation's results, basis combinative influence on the adrenergic and opioid systems clonidine and dalargin to patients, who are operated on tumour of brain and arterial aneurysm. It is substantiated approach to anaesthesiologists manual modulate own antinociceptive stress-limited systems. The effectiveness and safety of anaesthesiologist's manual including employing clonidine and dalargin is presented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратьев А.Н., Тиглиев Г.С., Берснев В.П. Фентанил-клофелиновый наркоз в нейроонкологии // Нейроанестезиология и интенсивная терапия / Сб. научных трудов РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. — 1991. — С.107-111.
2. Кондратьев А.Н. Сочетанное введение фентанила и клофелина для индукции наркоза у больных с внутричерепной гипертензией: Информационное письмо. — СПб., 1992. — 8 с.
3. Москаленко Ю.Е., Бекетов А.И., Орлов Р.С. Мозговое кровообращение: физико-химические проблемы изучения. — Л., 1988. — 69 с.
4. Назаров И.П. Продленная ганглиоплегия в анестезиологии и хирургии. — Красноярск, 1999. — 413 с.
5. Нейроанестезиология / Под ред. А.З. Маневича, В.И. Салалыкина. — М., 1977. — 319 с.
6. Саввина И.А. Система анестезиологического обеспечения нейрохирургических операций и диагностических процедур у детей: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — СПб., 2002. — 35 с.
7. Тиглиев Г.С., Никитин И.А., Фадеева Т.Н. и др. Продолженный рост неврино VII нерва: Методические рекомендации. — СПб., 1991. — 18 с.
8. Храпов К.Н., Шеколев А.В., Свистов Д.В., Бараненко Ю.М. Влияние некоторых методов общей анестезии на мозговой кровоток и цереброваскулярную реактивность по данным транскраниальной доплерографии // Анест. и реаним. — 1998. — № 2. — С.52-56.
9. Newfield P., Cottrell J.E. Handbook of neuroanesthesia. — Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 1999. — 431 p.

© КАЗАНЦЕВА Н.Ю. — 2006

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННИХ РЕАКТИВНЫХ АРТРИТОВ

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. Горяев)

Резюме. Диагностика раннего периода реактивного артрита затруднена. Автор приводит наиболее характерные признаки раннего реактивного артрита.

Ключевые слова. Реактивные артриты, ранняя диагностика.

Вопросы раннего распознавания и разграничения спондилоартропатий зачастую остаются чрезвычайно сложными. Во-первых, трудности диагностики существуют из-за неясности этиологии и патогенеза, включая особенности иммуногенетики этих заболеваний. Во-вторых, это объясняется общностью клинической и рентгенологической симптоматики, особенно на самых ранних этапах заболеваний, из-за чего окончательный диагноз становится возможным лишь по прошествии длительного срока, иногда нескольких лет [1].

В частности, последнее послужило основанием для выделения «недифференцированных спондилоартропатий». Они обычно проявляются асимметричным олигоартритом нижних конечностей, который часто ассоциируется с энтезитами, сакроилитами или воспалительной болью в нижней части спины. Во всех таких случаях следует искать связь с какими либо триггерными агентами, чтобы исключить или подтвердить диагноз реактивного артрита [2,3].

В-третьих, трудности распознавания объясняются тем, что доказана возможность сочетания у одного больного двух нозологических форм [5].

Целью работы явилось определение прогностически значимых проявлений реактивных артритов (РеА) в дебюте заболевания.

Материалы и методы

Было обследовано 30 больных с ранним реактивным артритом, направленных в ГРЦ. Общепринятых критериев диагностики РеА не существует. Диагнозы верифицированы по критериям Э.Р. Агабабовой с соавт. [2].

Результаты и обсуждения

Основной контингент больных реактивными не уточненными артритом (МО 2.9 по МКБ-10) были мужчины (66,6%), в возрасте от 30-50 лет (86,6%).

У мужчин чаще отмечались урогенные артриты, хотя женщины являются носителями хламидий, возможно, у них скрытые воспалительные очаги инфекции в урогенитальном тракте.

Уретриты возникают после случайного полового контакта. Обычно через 1-1,5 месяца после острой половой инфекции развивается артрит с асимметричной локализацией в суставах ног. Именно при урогенном артрите наблюдается сосискообразная деформация пальцев стоп и псевдоподагрическая симптоматика при вовлечении большого пальца стопы. У 10% больных

начало заболевания с болей в пятках, вследствие тендинита пяточных сухожилий, бурситов области пяток. Воспаление энтезисов отмечалось в 10% случаев.

Воспаление в месте прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости проявляется припухлостью его, болезненностью — ахиллодией. Воспаление подпяточной сумки и подошвенного апоневроза протекает в виде подпяточного бурсита. Эти проявления вместе формируют своеобразное изменение стопы, которое ранее называли «гонорейная стопа», так как еще не были идентифицированы возбудители урогенных реактивных артритов. Многие авторы считают, что характерные изменения при такой стопе являются «визитной карточкой» больных урогенными реактивными артритами, как изменение кисти при РеА.

Суставы верхних конечностей поражаются редко, в основном у женщин, преимущественно при энтероколитическом артрите (в 6,6%). Конъюнктивит был только у 1 больного, что также отмечают Е.В. Чиркова с соавт. [4].

Кератодермия в начале заболевания наблюдалась у 3-х больных. Она обычно сочетается с поражением ногтей по типу ониходистрофии. Эти изменения в отличие от псориаза обычно исчезают при наступлении ремиссии заболевания. Начало заболевания с баланопоститом отмечали 2-е молодых людей. Энтероколитичес-

могут проследить четкую хронологическую связь между суставной патологией и очагом инфекции в мочеполовом тракте.

По данным ВОЗ у 1-7% здоровых мужчин уретра инфицирована *Ch. Trachomatis* и 5-20% здоровых женщин обследованных в женских консультациях в шейке матки выявлены *Ch. Trachomatis*. Микоплазмы стоят на первом месте после урогенитального хламидиоза. По данным разных авторов у 35-49% больных негонококковыми уретритами выявляются *M. hominis*.

Диагноз «возможного» хламидийного артрита допустим, если в сыворотке крови обнаруживаются хламидийные антитела (в 1:32 и более) и имеются признаки воспалительных процессов в урогенитальном тракте даже при отсутствии хламидий в соскобах эпителия мочеиспускательного канала и канала шейки матки.

В дебюте заболевания урогенного артрита у 26,6% наблюдалась лихорадка свыше 38°C с ознобом, приходилось дифференцировать с гонококковым артритом. При гонококковом артрите не бывает глазных симптомов, кератодермии, чаще встречается у женщин. Наличие гонококков в синовиальной жидкости помогает в диагностике. Субфебрильная температура была у 36,6% больных. В анамнезе гонорея отмечена у 10 больных.

Клиническая диагностика йерсиниозов затруднена из-за разнообразия клинических проявлений, которые

Таблица 1

Частота встречаемости диагностических критериев среди обследуемых при раннем РеА (n = 30)

Критерии	Частота встречаемости критериев	
	абс.	% ± m
Большие критерии		
1. Артрит (необходимо наличие 2-х из 3-х характеристик):		
асимметричный	24	80±7,3
поражение ограниченного числа суставов (не более 6)	24	80±7,3
Преимущественно нижних конечностей		
поражение суставов нижних конечностей	24	80±7,3
2. Предшествующая клинически выраженная инфекция:		
уретрит/цервицит, предшествующий артриту в течение 8 недель	21	70±8,3
энтерит (предшествующий артриту в течение 6 недель)	7	23,3±7,7
Малые критерии		
Лабораторное подтверждение триггерных инфекций, вызванных одной из двух инфекций:		
а) <i>Chlamydia trachomatis</i>	16	53,3±9,1
б) энтеробактерии	5	31,2±8,4

кий артрит развивается через 1-3 недели после кишечных инфекций преимущественно нижних конечностей.

В дебюте заболевания к наиболее значимым проявлениям мы относили, проводя по критериям, асимметричный артрит и поражение суставов нижних конечностей — в 80% случаях, уретрит, предшествующий артриту — в 70%, лабораторное подтверждение триггерных инфекций, *Chlamydia trachomatis* — в 53,3% случаев (табл. 1).

Таким образом, только у 21 (70%) больного РеА удалось поставить диагноз определенного реактивного артрита на ранних стадиях заболевания. У остальных 9 больных был поставлен диагноз вероятного РеА. Мочеполовая инфекция, вызывающая РеА, зачастую протекает скрытно, малосимптомно и больные могут длительно не обращаться к урологам, венерологам и гинекологам, и не всегда врачи терапевты и ревматологи

скрываются под масками других заболеваний — скарлатины, краснухи, гепатита, энтероколита. Инкубационный период длится от 3-10 суток. Как этиологический фактор для развития РеА может быть *Campylobacter jejuni*.

Клиническая картина РеА далеко не исчерпывается теми клиническими проявлениями, которые приведены в критериях. При РеА возможные энтезисы (особенно в области пяток), сакроилеит, поражение глаз (конъюнктивит, увеит), подкожной клетчатки (узловая эритема при йерсиниозной инфекции), увеличение паховых лимфатических узлов (при урогенном хламидиозе), поражение аорты. В дебюте РеА у 44% больных наблюдался высокий уровень СРБ и СОЭ. В ходе диспансеризации необходимо совместное наблюдение больных РеА урологами, гинекологами, венерологами и ревматологами. Необходимо лечение местного очага

инфекции: простатита, аднексита, эндоцервицита.

Таким образом, клиника ранних РеА многообразна и слабо выражена, что затрудняет диагностику. Затрудняет раннюю диагностику и то, что первый контакт больных урогенными РеА происходит с венерологом, который недостаточно ориентирован в диагностике малосимптомных артритов.

Вместе с тем, критерии диагностики РеА, предложенные НИИ Ревматологии РАМН, основанные на отечественном и европейском опыте, позволяют в 70%

случаев диагностировать определенный РеА уже на ранних стадиях развития. В клинике раннего РеА конъюнктивит, кератодермия, баланопостит почти не встречаются. «Гонорейная стопа» встречается часто. При раннем РеА не всегда удается проследить четкую хронологическую связь между суставной патологией и очагом инфекции в мочеполовом тракте. В дебюте заболевания у большинства больных ранним РеА наблюдается повышение температуры тела (у 63,2%), СРБ и СОЭ (у 44%).

CLINICAL FEATURES OF COURSE OF EARLY REACTIVE ARTHRITIS

N.Y. Kazantseva

(Irkutsk State Medical University)

Diagnosis of early period of reactive arthritis is complicated. The author gives the most typical attributes of an early reactive arthritis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий // Научно-практическая ревматология. — 2001. — № 4. — С.10-13.
2. Агабабова Э.Р. с соавт. Критерии диагноза реактивного артрита (проект) // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 3. — С.82-84.
3. Воронько И.А. Особенности течения разных форм реактивных хламидий — индуцированных артропатий // Научно-практическая ревматология. — 2005. — № 3. — С.93.
4. Чиркова Е.В. с соавт. Особенности клинической картины современных реактивных артритов // Научно-практическая ревматология. — 2001. — № 3. — С. 130.
5. Sokka T. Reactive Arthritis. — Cluidance from ACP, 2004.

© КУРГАНОВА В.А., ВАСИЛЬЕВА Д.С., МОЛОКОВ В.Д. — 2006

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТИТА ТРАНСМЕМБРАННЫМ ДИАЛИЗОМ ЯНТАРНОЙ КИСЛОТЫ И ВИТАМИНОВ В₁, РР, С

В.А. Курганова, Л.С. Васильева, В.Д. Молоков

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра терапевтической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. В.Д. Молоков)

Резюме. В эксперименте установлено, что трансмембранный диализ композиционного раствора янтарной кислоты и витаминов В₁, РР, С существенно оптимизирует деструктивно-воспалительные процессы в тканях пародонта: уменьшает деструкцию тканей, лейкоцитарную инфильтрацию, активирует отток экссудата из очага воспаления, ускоряет восстановительные процессы. В клинических исследованиях показана высокая эффективность данного способа лечения и сокращение сроков лечения.

Ключевые слова. Пародонтит, витамины, диализ.

Среди актуальных проблем стоматологии заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест, несмотря на широкий диапазон существующих методов лечения. Одним из подходов к лечению заболеваний пародонта является повышение естественной резистентности тканей в очаге воспаления. Разработка этого направления наиболее перспективна, особенно в ухудшающейся экологической ситуации, сопровождающейся ростом аллергических реакций, в том числе на лекарственные препараты.

Цель проведенного исследования заключалась в разработке патогенетически обоснованного способа коррекции воспалительного процесса в пародонте с помощью трансмембранного диализа в поврежденные ткани композиционного раствора сукцината и витаминов В₁, РР и С. Работа проведена в два этапа. Первый этап — экспериментальный, второй — клинический.

Материалы и методы

Эксперимент проведен на 50 белых крысах-самках массой 150-170 г. Пародонтит моделировали по методике А.И. Воложина [2] путём наложения шелковой лигатуры под десну восьмьюобразно, вокруг шеек нижних резцов. Лигатуру фиксировали к десне двумя швами. На 7 сутки лига-

туру удаляли. Животные были разделены на две группы. Первой группе не проводили лечение. Второй группе проводили лечение методом трансмембранного диализа [3] композиционного раствора (КР) сукцината (1,4 мг/кг), витамина В₁ (0,7 мг/кг), витамина РР (0,4 мг/кг), С (0,7 мг/кг) по 20 минут ежедневно 7 раз. Для исследования брали фрагмент нижней челюсти, включающий нижние резцы и участок десны между ними. Срезы окрашивали пикрофуксином по Ван-Гизону и проводили морфометрию по Г.Г. Автандилову [1] с использованием окулярной сетки. Измеряли объемную долю лейкоцитарной инфильтрации, сосудов, отечной жидкости, очагов деструкции, новообразованного коллагена и тканей пародонта, имеющих нормальную структуру. Материал для исследования брали через 7 суток после начала эксперимента (сразу после снятия лигатуры), через 10, 14, 21 сутки от 6-8 животных на каждый срок наблюдения.

В клинике обследовано и проведено аналогичное лечение 49 пациентов в возрасте 30-47 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. Исследуемые были разделены на две группы:

— основная группа — пациенты, которые получали 7 сеансов лечения с помощью трансмембранного диализа композиционного раствора янтарной кислоты и витаминов В₁, РР, С;

— группа сравнения — пациенты, лечение которым проводилось с помощью композиционного раствора янтарной кислоты и витаминов, введенных в состав десневой повязки.