

Литература

1. Агасаров Л.Г. Клиника, патогенез и коррекция сексуальных расстройств при нейровертеброгенных заболеваниях у мужчин.: Автореф. дис. . докт. мед. наук.– М., 1992.– 48 с.
2. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы.– М.: Медицина.– 1991.– 347 с.
3. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия.– Рига, 1991.– 343 с.
4. Гудкович Л.Н. Клиника и лечение импотенции у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Автореф. ... канд. мед. наук.– М., 1969.– 24 с.
5. Кратохвил С. Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск.– М., 1985.– 160 с.
6. Мазо Е.Б. и др. Ультразвуковая диагностика васкулогенной эректильной дисфункции.– М.: Медицина, 2003.– 112 с.
7. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.– М.: Медицина, 1990.– 575 с.
8. Семишко Г.А. Роль акупунктуры в комплексной немедикаментозной коррекции сексуальных расстройств при неврастении у мужчин молодого возраста: Автореф. дис. . канд. мед. наук.– Пятигорск, 2007.– 24 с.
9. Тузанов К.Ф. Мануальная и лазерная терапия больных вертеброгенными люмбагопатиями с вегетативно-сосудистыми проявлениями на санаторно-курортном этапе: Автореф. дис. . канд. мед. наук.– Пятигорск, 1998.– 24 с.

УДК 616.833

КРИТЕРИАЛЬНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИЕЛОПАТИЯМИ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ КЛИНИКЕ ВЕРТЕБРОНЕВРОЛОГИИ И САНАТОРИЯХ.

В.В. МОИСЕЕВ*

Актуальность темы исследования связан с тем, что существующий методологический инструментарий [1–3] не предоставляет возможность комплексной достоверной оценки результатов использования различных схем восстановительной терапии для больных миелопатиями (на стационарном и санаторно-курортном этапах их реабилитации). В этой связи нами в 2003–2008 годах были разработаны подобные критерии на базе Кисловодской клиники вертеброневрологии Ставропольской государственной медицинской академии, что представлено в табл. 1.

Отметим 9 основных пунктов предложенной критериальности использованной нами системы аффилиарного воздействия физических (природных и преформированных) факторов КавМинВод и российского Причерноморья в 3-этапном алгоритме восстановительного лечения больных миелопатиями.

Основные направления этой критериальности: динамическое вертеброневрологическое обследование пациентов для выявления характера патобиомеханических нарушений опорно-двигательной системы; мануальное тестирование для объективизации постурального дисбаланса мышц, триггерных пунктов, глубины и выраженности функционального блока, а также неоптимального двигательного стереотипа и т.д.; идентификацию уровня клинической выраженности патологических вегетососудистых проявлений и болевого синдрома; кластеризацию лабораторных показателей электрофизиологического обследования, характеристик биохимического и иммунологического статуса, а также интенсивности свободно-радикальных процессов на клеточном уровне, включая ранжирование показателей концентрации продуктов ПОЛ в гептановой и изопропанольной фазе; сопряженность программного анализа показателей ЭКГ, РЭГ, РВГ, УЗДГ и МРТ на фоне рентгенологических методов обследования больных миелопатиями.

Подобный комплексный подход к динамическому наблюдению изучаемого контингента больных не только лег в основу принципов верификации (т.е. подтверждения теоретических предположений опытным путем на статистически достоверном уровне наблюдений) этапов врачебной тактики, но и позволил конкретизировать системный эффект авторских инноваций (табл. 2).

* Кафедра вертеброневрологии с курсом мануальной медицины Ставропольской ГМА, Клиника вертеброневрологии. Кисловодск, 357716, ул. Коминтерна, 10; тел. e-mail: SGMA @ pagzan.com

Таблица 1

Критерии системы аффилиарного воздействия природных и преформированных факторов Кавказских минеральных вод и Причерноморья в восстановительном лечении больных миелопатиями

Показатели обследования и методы их оценки	Клинические проявления и методология их купирования
1. Динамическое вертеброневрологическое обследование: 1.1. Выявление патобиомеханических нарушений со стороны опорно-двигательной системы 1.2. Мануальное тестирование для оценки компенсированности функциональных биомеханических нарушений	а) конкретизация ареала поражения и заинтересованности невральных структур спинного мозга при различных сроках длительности вертеброневрологического анамнеза; б) объективизация (посредством глубокой пальпации мышц шеи и плечевого пояса) признаков миофасциального болевого синдрома (МФБС), в т.ч. регионального постурального дисбаланса мышц (РПДМ), триггерных пунктов; в) идентификация глубины и выраженности функционального блока (ФБ), неоптимального двигательного стереотипа (НДС), типа миофикации.
2. Определение вегетососудистых характеристик кожных покровов рук	г) охочность, побледнение или цианоз кистей, их гипергидроз или сухость кожи, проявления термоасимметрии, т.е. снижение или повышение кожной t° С в проксимальных или дистальных отделах.
3. Оценка текущих и отдаленных показателей магнито-резонансной томографии и специальных рентгенологических методов обследования	д) сравнительный анализ МРТ-показателей (до и после восстановительного лечения), а также рентгенологических признаков миелопатий в заинтересованных отделах позвоночника при рентгенографии на аппарате SIMENS TNR D800-1 (Germany) при функциональных пробах (ФРИ) в прямой и боковых проекциях.
4. Ультразвуковое доплерографическое исследование (УЗДГ) брахиоцефальных сосудов с помощью аппарата TO-SHIBA Nemio SSA-550A (с локацией исследуемых сосудов датчиками с частотой 4 МГц и 2 МГц в динамике)	е) локация асимметрии кровотока и проявлений ангиоспазма позвоночных артерий (ПА) в сегментах V1, V2, V3 с кратковременной (1-2 сек.) компрессией сонной артерии (СА) на гомолатеральной стороне по методике А.Ю. Нефедова (2000). Исследование кровотока по основной артерии и интракраниальному отрезку (сегмент V4) ПА через субокципитальное акустическое окно в положении пациента стоя или сидя на стуле с наклоненной вперед головой. УЗДГ артерий верхних конечностей по подключичной, плечевой и лучевой артериям в положении пациента сидя с использованием функциональных проб.
5. Идентификация характеристик электронейрофизиологических, в т.ч. электронейромиографических (ЭНМГ) исследований заинтересованных мышц больных миелопатиями и компьютерной интеграции транспозиционной стереофотографии тела (НИТС) по методике С.В. Кузнецова (2003)	ж) компенсация угнетения произвольной активности мышц гипотенара в рамках динамики спинально-стволового рефлекса; выравнивание амплитуды и «сглаженности» основных пиков акустических столбовых вызванных потенциалов; восстановление скорости проведения импульсов сенсомоторных вызванных потенциалов на фоне уменьшения числа искаженных характеристик ЭНМГ; позитивная коррекция движений в заинтересованном отделе позвоночника при восстановительной ортопедической программе на отечественном аппаратно-программном комплексе «ПлантоВизор Сиди Трация»
6. Кластеризация показателей биохимического статуса наблюдаемых больных миелопатиями (при использовании гематологического анализатора МЕК 6400К; биохимического анализатора METROLAB 1600; фотометра КФК; гемоксиглометра CGL 2110)	з) динамика АЛТ, АСТ, общего и прямого билирубина, холестерина (липопротеинов высокой плотности и липопротеинов низкой плотности), триглицеридов, глюкозы (венозной), гликозилированного гемоглобина, сиаловой пробы, относительной вязкости крови, фибринолитической активности плазмы, времени рекальцификации плазмы крови, а также мочевины, креатинина, общего белка, альбумина, ацетона, уробилина в моче и т.д.
7. Иммунофенотипирование моноуклеаров периферической крови (МПК) с помощью точной цитометрии, в т.ч. путем градиентного центрифугирования крови по методу Воуш	и) лабораторная аналитика показателей иммунного цитокинового звена по методике О.Е. Осадчего и соавт. (2000) при реакции МПК с моноклональными антителами к CD-антигенам лимфоцитов (CD3, 4, 8, 16, 95) в гепаринизированной венозной крови, включая отдельный уровень цитокинов, определяемых на цитофлуориметре FACSCalibur.
8. Ранжирование показателей концентрации продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в гептановой и изопропанольной фазе	к) динамика интенсивности свободно-радикальных процессов на клеточном уровне у больных миелопатиями по Р.И. Лифшицу в модификации А.В. Соколова (2003) при спектрофотометрическом способе определения E232/220 - диеновых конъюгатов, E278/ 220 – сопряженных кето-триенов, E400/220 – шиффовых оснований.
9. Сопряженность программного анализа показателей ЭКГ, РЭГ и РВГ у наблюдаемого контингента больных миелопатиями при обследовании на диагностическом аппаратном комплексе «ВАЛЕНТА»	л) систематизация полученных в различных возрастных группах больных электрокардиографических, реовазографических и реоэнцефалографических исследований, в т.ч. сосудов головного мозга, заинтересованных отделов позвоночника, артерий и вен верхних и нижних конечностей, включая пульсовое кровенаполнение, скорость периодов быстрого и медленного наполнения, адекватность тонуса артерий и межамплитудный коэффициент (как ведущий показатель интенсивности венозного оттока).

По данным катанеза, 8,63% (n=24, p<0,05) больных миелопатиями, перенесших оперативное вмешательство в Кисловодской клинике, имели случаи осложнения основного заболевания в течение 1 года после выписки. Число дней нетрудоспособности на 1 больного достигло 10,1±1,0. Случаи осложнения основного заболевания в этот же период у больных из группы А и группы С достигали 3-4%, а число дней нетрудоспособности на 1 больного – 5-6 дней. Это коррелирует с терапевтическим эффектом, полученным в этих же группах сразу же при выписке, когда с улучшением объективных показателей здоровья и субъективного самочувствия выписывалось от 77,69% до 88,05% пациентов баз исследования (Кисловодской клиники вертеброневрологии и здравниц).

Таблица 2

Эмерджентность (системный эффект) авторских инноваций лечения больных миелопатиями

Степень терапевтического эффекта на конкретном этапе восстановительного лечения	Группа А Этап консервативного лечения в клинике вертебро-неврологии (n=427, p<0,05)	Группа В Постоперационная реабилитация в Кисловодской клинике (n=278, p<0,05)	Группа С Санаторный этап лечения в здравницах Сочи и Геленджика (n=414, p<0,05)
Выписаны: - со значительным улучшением объективных показателей и субъективного самочувствия; - с улучшением; - без улучшения	11,24% (n=48)	19,07% (n=53)	15,46% (n=64)
Катамнез: - случаи осложнения основного заболевания в течение 1 года после выписки - Число дней нетрудоспособности на 1 больного	4,91% (n=21) 6,2±0,9	8,63% (n=24) 10,1±1,0	3,14% (n=13) 5,6±0,7

Со значительным улучшением объективных показателей состояния здоровья больше всего выписывалось в группе постоперационных больных, прошедших реабилитацию в нейрохирургическом отделении Кисловодской клиники, но данные катамнеза указывают, что именно в этой группе было и наибольшее число осложнений, часть из которых требовала повторного лечения. Основной процент больных, прошедших консервативные формы лечения, выписывался (как и на санаторном этапе лечения в здравницах) в хорошем самочувствии, а без улучшения изучаемых клинико-функциональных характеристик было выписано из баз исследования <1% пациентов, что позволяет позитивно расценить терапевтический эффект от предложенных нами технологий на каждом из этапов восстановительного лечения больных миелопатиями.

Вывод. Разработанные в рамках исследования критерии эффективности эксклюзивной системы аффилиарного задействования физических (природных и преформированных) факторов Кавказских минеральных вод и Причерноморья в восстановительном лечении больных миелопатиями, включали оригинальную опорно-двигательного аппарата; характера постурального дисбаланса мышц, триггерных пунктов, глубины и выраженности функционального блока, а также неоптимального двигательного стереотипа; уровня клинической выраженности патологических вегетососудистых проявлений, болевого синдрома и т.д.

При этом МРТ-оценка отдаленных результатов комплексного восстановительного лечения пациентов с вышеуказанными формами миелопатий констатировала снижение на 38,5% (n=387, p<0,05) изначально выявленных у 69,3% больных (n=776, p<0,05) очагов повышенного МР-сигнала в тканях спинного мозга, свидетельствующего (на фоне прогрессивного течения заболевания) о нарушениях процессов микроциркуляции, обусловленных анатомически: эпизодами микро- или макротравмы (25,3%, n=196); сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (26,9%, n=209); болезнями эндокринной системы (26,2%, n=203); г) перенесенной нейроинфекцией (21,6%, n=168). Проведенный нами достоверный (p<0,05) анализ роли интерлейкинов в ранней диагностике и прогрессировании синдрома цервикальной миелопатии констатирует (в рамках полученной общей позитивной динамики показателей иммунного статуса), что изначально повышенный уровень противовоспалительного цитокина IL10_{спонт.} был практически нормализован на всех трех этапах наблюдения, составив значения 45,2±0,5 усл.ед.; 47,7±0,2 усл.ед.; 32,2±1,0 усл.ед. на консервативном, постоперационном и санаторно-курортном этапах реабилитации названного контингента больных.

Литература

1. Боровиков В. СТАТИСТИКА: искусство анализа данных на компьютере.– СПб.: Питер, 2001.
2. Лиев А.А. и др. Лазерная терапия миофасциальных люмбоишиалгических синдромов: метод. рек.– Кисловодск, 1996.– 20 с.
3. Миронов С.П. и др. Клинический опыт применения воздушной криотерапии в лечении больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника.– М.:ГУН ЦИТО им. Н.Н.Пирогова МЗ РФ, 2003.– 54 с.

УДК 618.146-006.6

К ВОПРОСУ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ МЕТОДОМ ПЛОИДОМЕТРИИ

С.М.КОЗЫРЕВА, Г.Г. АВТАНДИЛОВ, К.М.КОЗЫРЕВ*

Выбор тактики лечения больных, страдающих предраком и раком шейки матки, основывается на результатах цитологического и гистологического исследования. Однако в ряде случаев разные специалисты не могут дать однообразную оценку степени выраженности дисплазий и степени снижения дифференцировки опухолевых клеток, несмотря на обширную литературу по данному вопросу.

В этих случаях необходим комплекс дополнительных исследований, в числе которых могут быть использованы плоидо- и карнометрические методы диагностики. В соответствии с гистологической классификацией ВОЗ опухолей и опухолеподобных состояний шейки матки (1981 г.), дисплазии подразделяются на слабо-, умеренно- и резковыраженные, а также рак in situ, подозреваемый на возможность стромальной инвазии. При идентификации плоскоклеточного рака учитывают степень ее зрелости: высоко-, умеренно- и низкодифференцированные карциномы [6].

Термин «цервикальной интраэпителиальной неоплазии» (ЦИН) впервые введен в практику в 1990 г. [9], которым стали обозначать слабую дисплазию как ЦИН I, умеренную – ЦИН II и тяжелую дисплазию, объединяемую с раком in situ – ЦИН III. Кроме этого, в классификации выделяют плоскоклеточные карциномы с разной степенью зрелости опухолевых клеток, т.е. с орогованием и без орогования участков опухолевого роста. Учитывая эти данные, имеется обоснованное мнение о том, что интраэпителиальную неоплазию целесообразнее подразделять не на три, а только на две степени прогрессии.

Первую – слабовыраженную, включающую в себя слабую дисплазию и вторую – выраженную неоплазию, которая объединяет три градации изменения эпителия: умеренную, тяжелую дисплазию, а также рак in situ [2]. В некоторых гистологических классификациях все доброкачественные изменения эпителия объединяют под названием «гиперплазия». Далее в данной классификации выделяют пограничные состояния и злокачественные новообразования [7,8]. Однако, как это подчеркивается в МКБ-10, «определение степени дифференцировки новообразований существенно варьирует», что требует внедрения более точных методов исследования для объективной диагностики стадий развития опухоли с целью выбора оптимальных методов лечения.

Для этой цели в онкологическую практику введен плоидометрический метод диагностики стадий канцерогенеза, результаты которого позволили представить объективные доказательства закономерности ступенчатой стадийности канцерогенеза [3]. Дифференциальная диагностика стадий канцерогенеза в шейке матки на базе данных плоидометрии еще не использовалась, но уже имеются обнадеживающие сообщения [5].

Цель исследования – дать основные сведения и практические рекомендации по использованию плоидометрии для уточнения цитологической и гистологической диагностики стадий развития рака шейки матки.

Материал и методы. Общий порядок проведения диагностической плоидометрии состоял в следующем.

После забора материала кусочки ткани и мазки сразу фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Мазки высушивали, а кусочки ткани обезвоживали и заливали в парафин. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином и эозином, а мазки – по методам Романовского – Гимзы и Паппенгейма. Патогистологическую и цитологическую диагностику осуществляли в соответствии с требованиями Международных гистологических классификаций. Исследования срезов тканей новообразований шейки матки проводили с учетом требований метода сравнительной микроспектрофотометрии по Г. Г. Автандилову. Для уточнения гистологической диагностики стадий канцерогенеза в шейке матки проанализированы результаты измерений 9525 ядер опухолевых клеток и для сравнения – нормальных эпителиоцитов. В каждой изучаемой стадии процесса оценивали средние значения плоидности ядер клеток, ошибки выборки, стандартные отклонения. Статистические различия между группами принимали достоверными при разных уровнях безоговорочного суждения (p* < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001). Учитывали положение, в соот-

* Республиканский онкодиспансер РСО-Алания, Северо-Осетинская ГМА, г. Владикавказ, Россия