

ЛИТЕРАТУРА

1. Бетельман А. И. Ортопедическая стоматология: Учебник. — М.: Медицина, 1965. — 404 с.
2. 25-летний опыт протезирования больных с послеоперационными дефектами верхней челюсти / В. М. Чучков, В. Н. Герасименко, А. М. Ахметов, В. Ф. Исаков // The First International Symposium Plastic and Reconstructive Surgery in Oncology. Moscow, Russia. March, 19-21, 1997. — М., 1997. — С. 207.
3. Жахангиров А.Ж., Ахмедов Х.К. Резекционный протез с дренирующим каналом // Здравоохран. Таджикистана. — 1988. — № 1. — С. 95-96.
4. Збарж Я.М. Быстротвердеющие пластмассы в зубном и челюстном протезировании. — Л.: Медгиз, 1963. — 106 с.
5. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области / И. М. Федяев, И. М. Байриков, Л. П. Белова и др. — М: Мед. кн., Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2000. — 160 с.
6. Ирошников Е.С. Опыт применения защитных пластинок при резекции верхней челюсти / Е. С. Ирошников // Стоматология. — 1971. — № 2. — С. 96.
7. Карасева В.В. Особенности адаптации к протезам у онкологических больных после односторонней резекции верхней челюсти // Материалы XIX и XX Всерос. науч.-практ. конф.: Сб. науч. тр. — М., 2008. — С. 207-209.
8. Оксман И.М. Челюстно-лицевая ортопедия. — М.: Медгиз, 1957. — 248 с.
9. Пат. 2281058, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Зубочелюстной протез / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004; опубл. 10.08.2006, Бюл. № 22.
10. Пат. 2281059, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Протез-обтуратор верхней челюсти / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.12.2004; опубл. 10.08.2006, Бюл. № 22.
11. Пат. № 2310419, Российская Федерация, МПК А61С 13/007. Способ изготовления пустотелого протеза-обтуратора твердого и мягкого неба / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.02.2006; опубл. 20.11.2007, Бюл. № 32.
12. Пат. 2326622, Российская Федерация, МПК А61С 13/107, А61В 17/24. Защитная небная пластинка / Заявители и патентообладатели В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, Т. В. Казанцева. Заявл. от 01.12.2006; опубл. 20.06.2008, Бюл. № 17.
13. Положительное решение о выдаче патента на изобретение РФ от 11.07.2008., заявка на изобретение № 2007114564/14(015801), Россия: МПК А61С 13/01. Способ протезирования пострезекционных дефектов неба и протез-обтуратор неба / В. Г. Галонский, А. А. Радкевич, В. Э. Гюнтер. Заявл. от 10.04.2007.
14. Руководство по хирургической стоматологии / Под ред. А. И. Евдокимова. — М.: Медицина, 1972. — С. 485-486.
15. Слепченко М.А. Ортопедические методы возмещения дефектов верхней челюсти после ее резекции: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — Л., 1974. — 19 с.
16. Урбанская З.Н., Фригоф Р.М. Модификация изготовления защитных пластинок из стиракрила // Стоматология. — 1960. — № 1. — С. 71.
17. Чучков В.М., Матякин Е.Г., Азизян Р.И. и др. Ортопедическая реабилитация онкологических больных с дефектами верхней челюсти // Опухоли головы и шеи. — 2006. — Т. 8, № 3. — С. 28-34.
18. A hollow-bulb interim obturator for maxillary resection. A case report / B. Rilo, J. L. Dasilva, I. Ferros et al. // J. Oral Rehabil. — 2005. — V. 32, № 3. — P. 234-236.
19. Huryn J.M., Piro J.D. The maxillary immediate surgical obturator prosthesis // J. Prosthet. Dent. — 1989. — V. 6, № 3. — P. 343-347.
20. Maxillary obturator prosthesis rehabilitation following maxillectomy for ameloblastoma: case series of five patients / B. I. Omondi, S. W. Guthua, D. O. Awange et al. // Int. J. Prosthodont. — 2004. — V. 17, № 4. — P. 464-468.
21. Postsurgical management with maxillary obturators after maxillectomy / A. K. Garg, M. Malo, L. S. Dorado et al. // Gen Dent. — 1998. — V. 46, № 1. — P. 75-78.
22. Schwanewede H. Ergebnisse der prothetischen Behandlung tumorbedingter Kieferdefekte // Stomatol DDR. — 1983. — V. 33, № 6. — P. 417-421.
23. Srinivasan M., Padmanabhan T.V. Rehabilitation of an acquired maxillary defect / J. Indian Prosthodont. Soc. — 2005. — V. 5, № 3. — P. 155-157.
24. Use of an interim obturator for definitive prosthesis fabrication / J. W. Martin, G. E. King, D. C. Kramer, et al. // J. Prosthet. Dent. — 1984. — V. 51, № 4. — P. 527-528.

Адрес для переписки: 660118, г. Красноярск, пр. Комсомольский, д. 2, кв. 210, тел. (391) 240-40-11.
Галонский Владислав Геннадьевич к.м.н., ассистент кафедры стоматологии детского возраста КрасГМУ, врач-стоматолог-ортопед высшей категории.
Радкевич Андрей Анатольевич ведущий научный сотрудник, руководитель отдела стоматологии НИИ медицинских проблем севера СО РАМН г. Красноярск, НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы г. Томск, д.м.н., проф., челюстно-лицевой хирург высшей категории
Казанцева Тамара Владимировна, к.м.н., доцент кафедры стоматологии ИПО КрасГМУ (г. Красноярск), врач-стоматолог онкологического диспансера им. А. И. Крыжановского (г. Красноярск).

© ЗЕЛЕНИН В.Н., КОШИКОВ П.С., КОШИКОВА И.Н., ПОПОВ И.В., ИППОЛИТОВА Е.Г. — 2009

МИКРОЭНДОНЕВРОЛИЗ БОЛЬШЕБЕРЦОВОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В.Н. Зеленин, П.С. Кошиков, И.Н. Кошикова, И.В. Попов, Е.Г. Ипполитова
(Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН,
г. Иркутск, директор — член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Е.Г. Григорьев)

Резюме. В статье описывается методика микрохирургической декомпрессии большеберцового нерва при тарзальном туннельном синдроме у больных сахарным диабетом. Представлен материал о клиническом исследовании нового метода хирургического лечения тарзального туннельного синдрома.

Ключевые слова: микроэндонеуролит, тарзальный туннельный синдром, декомпрессия большеберцового нерва.

THE MICROENDONEVROLISIS OF TIBIAL NERVE IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

V.N. Zelenin, P.S. Koshikov, I.N. Koshikova, I.V. Popov, E.G. Ippolitova.
(Surgery Institute of Siberian Branch of Russian Medical Science Academy)

Summary. In the article the technique of microsurgical decompression of tibial nerve in tarsal tunnel syndrome in patients with diabetes mellitus nerve is described. The material is presented about clinical research of a new method of surgical treatment tarsal tunnel syndrome.

Key words: microendoneurolisis, the tarsal tunnel syndrome, decompression of the posterior tibial nerve.

Тарзальный туннельный синдром у больных сахарным диабетом (СД) встречается гораздо чаще и имеет быстро прогрессирующее и более злокачественное течение, чем у людей, не страдающих этим заболеванием [4, 11]. Этот синдром является одним из немаловажных факторов патогенеза развития трофических нарушений на стопе и принимает участие в формировании синдрома диабетической стопы [4]. Нередко он становится причиной инвалидизации и снижения качества жизни пациентов. Вовремя проведенная операция — декомпрессия большеберцового нерва — приводит к улучшению трофики тканей стопы, обратному развитию неврологической симптоматики, заживлению нейропатических язв, а также снижению или купированию болевого синдрома [7].

Один из спорных вопросов — на каком этапе, и какие структуры необходимо рассекать для устранения компрессии нерва. Некоторые авторы считают, что достаточно рассечь удерживатель сухожилий сгибателей и на этом ограничиться [9]. Ряд авторов предлагает рассекать или даже полностью иссекать эпинеуральную оболочку [4]. Другие высказывают мысль, что для улучшения результатов невролиза необходимо рассечение не только наружных, но и внутренних рубцов нерва, осуществляя полноценный внутриствольный невролиз [8]. Актуальность проблемы, а также отсутствие ее решения приводят к поиску новых методов хирургического лечения тарзального туннельного синдрома, один из которых предложен авторами статьи.

Целью настоящего исследования явилось разработать новый способ декомпрессии большеберцового нерва и оценить эффективность его применения у больных СД при тарзальном туннельном синдроме.

Материалы и методы

За период с 2005 по 2008 годы на базе микрохирургического отделения Иркутской областной клинической больницы оперировано 38 больных СД с тарзальным туннельным синдромом. Критериями отбора были: наличие сахарного диабета 1 или 2 типа в совокупности с тарзальным туннельным синдромом и наличие магистрального кровотока по артериям нижних конечностей, подтвержденные клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования.

Больные были разделены на две равные группы по 19 человек в каждой. Пациенты с нечетным порядковым номером при поступлении составили группу клинического сравнения (ГКС), а с четным порядковым номером были отнесены в основную группу (ОГ).

В ГКС выполнялась операция эпинеуролита большеберцового нерва по методике, описанной ранее [4]. В ОГ выполнялась операция микроэндопневролиза большеберцового нерва по разработанной нами методике.

Пациентов наблюдали в течение года. На 7-е сутки после операции, через 6 месяцев и через год отслеживали динамику неврологических симптомов. Результаты заносили в таблицы. Анализировали следующие субъективные симптомы: боль, парестезии, онемение. Оценка болевого синдрома производили по визуальной аналоговой шкале боли [2]. Количественный анализ парестезий и онемения осуществляли по шкале общей оценки симптомов (Total Symptom Score — TSS), предложенной D. Ziegler и соавт. [12].

Тестирование порога вибрационной, болевой, тактильной, температурной чувствительности определяли в области подошвенной поверхности стопы в 4 стандартных точках: в области дистальной фаланги 1 пальца, в области головок 1 и 5 плюсневых костей, в пяточной области. Чувствительность оценивалась по шкале диабетической полинейропатии [5].

Степень компенсации углеводного обмена при сахарном диабете (СД) оценивалась по уровню гликированного гемоглобина (HbA_{1c}).

Исследование функционального состояния n. tibialis проводили методом стимуляционной электронеуро-

миографии (ЭНМГ) на 4-х канальном нейромииоанализаторе НМА-4-01 «Нейромиан» (Россия). ЭНМГ-исследование проводили до операции, через 6 месяцев и через год после оперативного лечения. Проводили анализ таких параметров как: амплитуда моторного ответа (М-ответа), резидуальная латенция (РЛ) и скорость проведения возбуждения по двигательным нервным волокнам (СПВД).

Состояние периферического сосудистого русла артерий нижних конечностей оценивали по значению лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ) и показателям ультразвукового триплексного ангиосканирования. Исследование выполняли на ультразвуковом сканирующем комплексе «Logia 700 pro» «GE» с использованием мультисекторных датчиков. Анализировали следующие показатели: тип кровотока, пиковая систолическая скорость (Vps) по передней большеберцовой артерии (ПББА) и задней большеберцовой артерии (ЗББА), индекс резистивности (RI) по ПББА и ЗББА. Значение ЛПИ вычисляли по формуле

$$\text{ЛПИ} = \frac{\text{Систолическое артериальное давление на ЗББА}}{\text{Систолическое артериальное давление на плечевой артерии}}$$

В ОГ выполняли операцию по предложенной нами методике (заявка на предполагаемое изобретение № 2008116126, приоритет от 23.04.2008). Производили дугообразный разрез кожи длиной 15 см на середине расстояния между ахилловым сухожилием и медиальной лодыжкой. Кожу с подкожной клетчаткой отсепааровывали от поверхности подлежащей связки и отводили в сторону. Рассекали связку — удерживатель сухожилий сгибателей пальцев — вскрывали тарзальный канал. Сразу под связкой располагается задняя большеберцовая артерия с одноименными венами, кзади и латерально от которой находится большеберцовый нерв.

Выделяли единым блоком и брали на держалки находящийся в тарзальном канале сосудисто-нервный пучок на протяжении 10 см, чтобы сохранить кровоснабжение нерва. В дистальном направлении сосудисто-нервный пучок выделялся до места его перехода на подошвенную поверхность стопы. Большеберцовый нерв и его ответвления брали на эластические держалки. Для определения границ зоны рубцовых изменений вводили субэпинеурально раствор 2% лидокаина (гидропрепаровка нерва), свободное распространение которого прекращается при наличии субэпинеуральных рубцовых сращений. Рассечение эпинеуральной оболочки выполняли по задней поверхности нерва, после чего ее края отслаивали не более чем на $\frac{1}{2}$ окружности. Визуализировали медиальный и латеральный внутриствольные нервные пучки. Далее под оптическим увеличением микрохирургическими ножницами рассекали внутриствольный эпинеурий, окружающий латеральный и медиальный нервные пучки. Рассечение проводили от здоровых частей нерва к поврежденной. По удалению эластических держалок осуществляли тщательный гемостаз, накладывали кожные швы, фасцию не ушивали.

Статистическая обработка результатов произведена с помощью пакета программ Statistica 6.0 for Windows (Statsoft Inc., США, 1999): непараметрические методы Манна-Уитни, Уилкоксона. Сравнение групп по качественным признакам проводилось с помощью точного критерия Фишера. Различия между группами считались значимыми при $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

При сравнительном анализе между ОГ и ГКС до операции методом точного критерия Фишера не было значимых различий по полу ($p=0,5$), типу СД ($p=0,66$) и длительности СД ($p=0,5$). Также отличий мы не наблюдали по возрасту ($p=0,96$) и длительности ($p=0,79$) СД при сравнении по методу Манна-Уитни. Результаты статистического анализа по таким параметрам, как боль ($p=0,27$), парестезии ($p=0,51$), а также температурной ($p=0,27$), болевой ($p=0,82$), тактильной ($p=0,26$) и вибра-

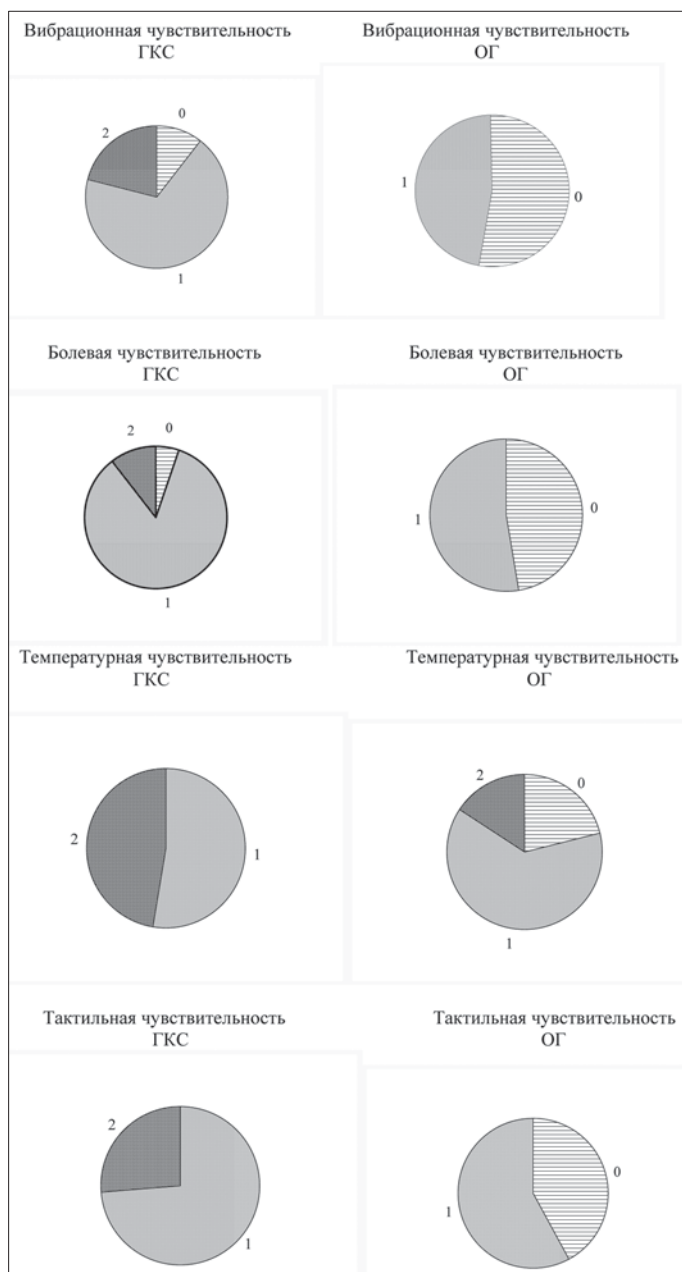


Рис. 1. Диаграммы состояния различных видов чувствительности через год после операции в ГКС и ОГ (0 — чувствительность сохранена; 1 — чувствительность снижена; 2 — чувствительность отсутствует).

ционной чувствительности ($p=0,42$) не дали значимых отличий. У пациентов основной группы онемение было более выражено, чем у пациентов группы клинического сравнения ($p=0,037$). При сравнении двух групп по значениям ЛПИ, а также по показателям триплексного сканирования магистральных артерий нижних конечностей не было обнаружено значимых отличий ($p=0,31-0,98$). Показатели ЭНМГ до операции в 2-х группах также показали сопоставимость групп ($p=0,29-0,97$).

Сравнение результатов операций внутри групп мы проводили по методу Уилкоксона. На 7-е сутки, как в ГКС, так и в ОГ отмечался выраженный положительный эффект в виде уменьшения болевого синдрома ($p=0,001-0,005$), парестезий ($p=0,0001-0,0004$) и онемения ($p=0,0002$), а также улучшения показателей температурной ($p=0,002-0,0004$), болевой ($p=0,001-0,008$), тактильной ($p=0,0002$) и вибрационной чувствительности ($p=0,002$).

При осмотре пациентов через 6 месяцев, мы выявили, что в ГКС по сравнению с состоянием на 7-е сутки после операции тяжесть парестезий ($p=0,15$), температурная чувствительность ($p=0,24$), болевая чувствительность

($p=0,076$), значимо не изменилась, такие показатели, как боль ($p=0,02$), онемение ($p=0,03$), вибрационная ($p=0,04$), тактильная чувствительность ($p=0,01$) ухудшились. В ОГ при сравнении показателей на 7 сутки после операции и 6 месяцев, мы не наблюдали отличий по всем исследуемым показателям ($p>0,05$). По данным ЭНМГ при сравнении до операции и через 6 месяцев после операции было выявлено улучшение параметров М-ответа, резидуальной латенции и СПВД в обеих группах ($p<0,01$). То есть надо отметить, что стабильный положительный эффект от проведенной декомпрессии по нашей методике был стабилен и сохранился до рубежа 6 месяцев, это подтверждают и данные нейрофизиологического обследования. В ГКС ситуация оказалась несколько хуже по сравниваемым показателям, хотя данные ЭНМГ, также были значимо лучше ($p<0,01$), чем до операции. Это можно объяснить, с нашей точки зрения повторным образованием рубцовой ткани и нарушенным кровоснабжением нерва.

Через год в ГКС такие показатели, как боль ($p=0,04$), онемение ($p=0,01$), тяжесть парестезий ($p=0,001$) и температурная чувствительность ($p=0,04$) были несколько лучше, чем до операции, а тактильная ($p=0,1$), вибрационная ($p=0,07$) и болевая чувствительность ($p=0,1$) не отличалась от исходного уровня. Показатели ЭНМГ также были несколько лучше, чем до операции ($p<0,01$). В ОГ через год после операции по сравнению с дооперационным состоянием все показатели были значимо лучше при ($p<0,01$). Показатели ЭНМГ в ОГ были также лучше, чем до операции ($p<0,01$).

При по-парном сравнении ОГ и ГКС на различных этапах мы пользовались непараметрическим критерием Манна-Уитни. На 7-е сутки после операции значимых отличий между двумя группами выявлено не было ($p>0,05$), в обеих группах был достигнут выраженный положительный эффект в виде снижения жалоб на онемение, парестезии, боль, а также улучшение всех видов чувствительности. По нашему мнению, это связано с эффективным устранением компрессии большеберцового нерва в обоих случаях. Заметные преимущества предложенного метода перед ранее разработанным определялись через 6 месяцев после операции, это проявлялось в более высоких показателях всех видов чувствительности, уменьшении парестезий и онемения при ($p<0,05$). При по-парном сравнении ГКС и ОГ через год после операции, различие в группах еще больше увеличилось ($p<0,01$) по всем исследуемым показателям, за исключением болевого синдрома, при сопоставлении которого мы не обнаружили статистической разницы ($p=0,92$).

Сравнительный анализ показателей вибрационной, болевой, температурной, тактильной чувствительности через год после операции в ГКС и ОГ отражен на рис. 1.

Немаловажной причиной развития компрессии нерва при сахарном диабете является внутритканевый отек, вследствие увеличения осмотического давления внутри нервных клеток из-за избыточного накопления сорбитола [5].

Другими причинами могут быть анатомическая предрасположенность у конкретных пациентов, нарушения микроциркуляции, сопровождающиеся отеком тканей и сдавлением нерва в туннеле [2, 4, 9].

Наши клинические наблюдения показали, что у больных сахарным диабетом с клиникой тарзального туннельного синдрома декомпрессия большеберцового нерва приводит к существенному улучшению их состояния, что выражается в снижении жалоб на парестезии, онемение, улучшению различных видов чувствительности: болевой, тактильной, вибрационной, температурной. Отдельные наблюдения подтверждают факт ускоренного заживления трофических язв на стопах. В этом плане они подтвердили

более ранние наблюдения [4, 7, 8]. Однако положительный эффект при классическом выполнении операции оказался временным и сохранялся до полугода. Оперативное вмешательство, проведенное по нашей методике, было более эффективным. Это выражалось в стойком снижении болевого синдрома, онемения, парестезий, улучшении показателей всех видов чувствительности, а также значимой положительной динамикой во всех измеряемых показателях ЭНМГ: амплитуда М-ответа, РЛ, СПВД в отдаленные сроки после операции.

С нашей точки зрения большая эффективность предлагаемой методики обусловлена несколькими моментами, главным из которых являются более полная декомпрессия нерва в тоже время не сопровождающаяся сильным уменьшением его кровоснабжения.

Мы считаем, что для полноценной декомпрессии нервных волокон необходимо рассечь не только связку удерживатель сгибателей и вскрыть эпинеурий, но и провести внутриствольный невролиз, внутриствольную эпинеуротомию наиболее крупных пучков, таких как латеральный и медиальный подошвенные нервы. Вне всякого сомнения, применение оптического увеличения и микрохирургического инструментария является необходимым условием для травматичной техники.

Максимально полное сохранение кровоснабжения нерва является важным условием для профилак-

тики послеоперационного развития рубцовой ткани. Повторное сдавление нервных стволов рубцами кажется нам наиболее вероятной причиной рецидива туннельного синдрома.

В отличие от традиционной методики [4] уже на этапе выделения нерва мы никогда не отделяем его от сосудистого пучка, а рассечение эпинеуральной оболочки проводим по задней поверхности нерва, учитывая то, что артерия питающая нерв на данном участке располагается по его переднемедиальной поверхности. Даже при наличии грубых рубцов, сдавливающих нерв мы не рекомендуем проводить полную эпинеурэктомию. Рубцы вместе с эпинеурием могут быть удалены не более чем на 10% окружности нерва.

Таким образом, декомпрессия большеберцового нерва у больных СД с тарзальным туннельным синдромом позволяет улучшить вибрационную, тактильную, температурную и болевую чувствительность, что может иметь значение для профилактики синдрома диабетической стопы. Декомпрессия нерва должна быть полноценной и включать не только рассечение наружной оболочки нерва, но и внутриствольного эпинеурия над крупными пучками. Техника операции должна быть atraumатичной с использованием микрохирургического инструментария и кровоснабжение нерва должно быть нарушено в минимальной степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А.Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия. — СПб.: Гиппократ, 1998. — 744 с.
2. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль. — М.: Боргес, 2007. — 192 с.
3. Дедов И.И., Удовиченко О.В., Галстян Г.Р. Диабетическая стопа. — М.: Практическая медицина, 2005. — 197 с.
4. Пунушев М.Л. Хирургическое лечение неструктивных и деструктивных поражений стоп у больных сахарным диабетом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.27; Новосиб. гос. мед. акад. — Новосибирск, 2001. — 27 с.
5. Строков И.А., Козлова Н.А., Мозолевский Ю.В. и др. Эффективность внутривенного введения трометомоловой соли тиоктовой кислоты при диабетической невропатии // Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — Т. 99, № 6. — С. 16-22.
6. Чернышова Е., Гурьева И.В., Алтунбаев Р.А. и др. Диабетическая нейропатия (патогенез, диагностика, лечение). — М.: МЕДПРАКТИКА, 2006. — 108 с.
7. Barker A.R., Rosson G.D., Dellon A.L. Outcome of neurolysis for failed tarsal tunnel surgery // J. Reconstr. Microsurg. — 2008. — Vol. 24, N 2. — P. 111-118.
8. Franson J., Baravarian B. Tarsal tunnel syndrome: a compression neuropathy involving four distinct tunnels // Clin. Podiatr. Med. Surg. — 2006. — Vol. 23, N 3. — P. 597-609.
9. Kim D.N., Ryu S., Tiel R.L. et al. Surgical management and results of 135 tibial nerve lesions at the Louisiana State University Health Sciences Center // Neurosurgery. — 2003. — Vol. 53, N 5. — P. 1114-1124.
10. Sunderland S. Nerves and nerve injuries. — Second edition. — Edinburg, London, New York: Churchill Livingstone, 1978.
11. Valdivia Juan M.V., Dellon A. Lee, Martin E. Surgical Treatment of Peripheral Neuropathy // Journal of the American Podiatric Medical Association. — 2005. — Vol. 95, N5. — P. 451-454.
12. Ziegler D., Hamfeld M., Ruchau K.J., et al. Treatment of symptomatic diabetic peripheral neuropathy with the antioxidant alpha-lipoic acid (ALADIN study group) // Diabetologica. — 1995. — Vol. 38. P. 1425-1433.

Адрес для переписки: 664003 г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1, e-mail: kps25@list.ru.

Зеленин Вадим Николаевич — д.м.н., заведующий микрохирургическим отделением, старший научный сотрудник научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии; Кошиков Павел Сергеевич — врач-хирург 1 категории микрохирургического отделения ГУЗ Иркутской областной клинической больницы; Кошикова Ирина Николаевна — ассистент кафедры эндокринологии, врач-эндокринолог 2 категории эндокринологического отделения ГУЗ Иркутской областной клинической больницы; Ипполитова Елена Геннадиевна — Научный сотрудник научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии.

© РЕПИН Е.В., ДОЛГИХ В.Т., ДОЛГИХ Т.И., ЕРШОВ А.В. — 2009

ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА ДИНАМИКУ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫМ И АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Е.В. Репин^{1,2}, В.Т. Долгих¹, Т.И. Долгих¹, А.В. Ершов¹

(¹Омская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, зав. — д.м.н., проф. В.Т. Долгих, ЦНИЛ, зав. — д.м.н., проф. Т.И. Долгих;

²Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области, гл. врач — д.м.н. В.В. Василевич)

Резюме. Цель исследования — оценить в динамике иммунные изменения у больных бактериальным и абактериальным хроническим простатитом на фоне традиционной терапии. Обследовано и пролечено 30 больных хроническим простатитом (18 — бактериальным, 12 — абактериальным). Исследован уровень иммуноглобулинов А, М, компонентов комплемента С3, С4, циркулирующих иммунных комплексов по Дижону, проведено иммунофенотипирование лимфоцитов периферической крови. Выявлены нарушения параметров иммунной системы на клеточном и гуморальном уровнях, требующие включения иммуномодуляторов в комплексную терапию больным хроническим простатитом.

Ключевые слова: хронический бактериальный и абактериальный простатит, иммунореактивность организма.