

коэмульсификации относительная потеря клеток роговицы за весь период послеоперационного наблюдения превышала таковую у всех пациентов после гидромониторной факоэмульсификации катаракты и через год после хирургического вмешательства: для катаракт она в среднем составила $0,5 \pm 0,01\%$, для катаракт средней плотности – $1,6 \pm 0,02\%$. При этом не выявлялось достоверных различий между исследуемыми группами в потере клеток эндотелиального слоя.

Изучение динамики потери эндотелиальных клеток роговицы позволяет оценить характер репаративной регенерации данной структуры, которая «запускается» после хирургической травмы. Известно, что при чрезмерной травматизации клеточного монослоя потеря эндотелиальных клеток может продолжаться в течение длительного времени после экстракции катаракты и превышать физиологическую, которая составляет 0,6-1% в год [4]. Поэтому такое изучение количественных параметров роговицы после операции является необходимым. В отдаленном периоде наблюдения у пациентов после гидромониторной факоэмульсификации катаракты происходила стабилизация потери эндотелиальных клеток, равной к физиологической, и нормализация эндотелиальной мозаики, что свидетельствует о восстановлении функцио-

нальной и метаболической активности клеток.

Таким образом, полученные данные о динамике снижения количества клеток роговицы в послеоперационном периоде свидетельствуют о минимальной травматизации эндотелиального слоя при разрушении ядра I-III степени плотности с использованием энергии струи жидкости.

Выводы

1. Анализ состояния эндотелиального слоя роговицы в разные сроки после операции свидетельствует о том, что гидромониторная факоэмульсификация катаракты малой и средней плотности является более щадящей технологией в отношении эндотелиальных клеток в сравнении с ультразвуковой факоэмульсификацией.

2. Методом лазерной сканирующей томографии *invivo* выявлено, что через год после гидромониторной факоэмульсификации катаракт дефицит эндотелиальных клеток роговицы для катаракт I-II плотности составляет 4,4%, III степени плотности – 6,7%. После ультразвуковой факоэмульсификации потеря клеток эндотелиального слоя через год превышает таковую после гидромониторной факоэмульсификации катаракт: для катаракт I-II плотности данный показатель равняется 4,9%, III степени плотности – 8,3%.

Сведения об авторах статьи:

Азнабаев Марат Талгатович - профессор, д.м.н., зав. кафедрой офтальмологии БГМУ, Академик АН РБ, Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3

Хисматуллин Раян Рафкатович - врач-офтальмолог ГУ «Уфимского НИИ глазных болезней» АН РБ, E-mail: rayan-doc@yandex.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Азнабаев, Б.М. Ультразвуковая хирургия катаракты - факоэмульсификация. – М., 2005. – 129 с.
2. Азнабаев, М.Т. Первый опыт операций на аппарате INFINITY (Алкон, США)/М.Т. Азнабаев, М.А. Гизатуллина, Г.Ф. Якупова, Р.Р. Хисматуллин // Актуальные вопросы диагностики и лечения глазных болезней: сб. науч. статей.- Алматы, 2006.- С. 114-117.
3. Ходжаев, Н.С. Хирургия катаракты с использованием малых разрезов: клиничко-теоретическое обоснование: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 278 с.
4. Bourne W.M., Nelson L.R., Hodge D.O. Continued endothelial cell loss ten years after lens implantation // Ophthalmology.-1994.-Vol.101.-P. 1014-1023.
5. Fine H.J., Packer M., Hoffman R.S. New phacoemulsification technologies // J. Cataract Refract. Surg.-2002.-Vol. 28.-P. 1054-1060.
6. Jiraskova N., Rozsival P., Kadlecova N., et al. Aqualase versus NeoSoniX - A Comparison Study//Journal of Ophthalmol.-2007.-№2.-P. 13-14.
7. Lehmann R.P. Surgeon: Aqualase lens system improves cataract removal // Ocular surgery news.-2003.-Vol.21.-P. 15.
8. Mackool R.J., Brint S.F. Aqualase: a new technology for cataract extraction // Curr. Opin. Ophthalmol.-2004.-Vol.15.-P. 40-43.
9. Pacifico R.I. Ultrasonic energy in phacoemulsification: mechanical cutting and cavitation // J. Cataract Refract. Surg.-1994.-Vol. 20.-P. 338-341.

УДК 616.988-002.151+616.379-008.64

© И.В. Артамонова, Г.А. Мухетдинова, Р.М. Фазлыева, Е.В. Нелюбин, 2011

И.В. Артамонова, Г.А. Мухетдинова, Р.М. Фазлыева, Е.В. Нелюбин НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОРРАГИЧЕСКУЮ ЛИХОРАДКУ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

МУ «Городская клиническая больница № 5» ГО г. Уфа

С использованием лабораторных, клинических, инструментальных методов исследования обследованы 210 больных, перенесших ГЛПС в 2007-2010 г. Также проанализированы 19 протоколов вскрытий умерших от этого заболевания в г. Уфе за период 2004-2010 г. Поражение аденогипофиза (89,47%) является отличительной чертой, присущей ГЛПС. В 41,2% случаев кровоизлияние в гипофиз сопровождалось кровоизлиянием в головной мозг. Изменения в надпочечниках находили в 57,9% случаев. Одновременное поражение надпочечников и гипофиза выявлено в 47,3% случаев. В 90 % случаев причиной смерти явилось кровоизлияние в гипофиз. Среди реконвалесцентов ГЛПС нарушения углеводного обмена выявлены у 21,42% больных: транзитное повышение уровня глюкозы 14,28%, нарушения гликемии натощак – 3,8%, сахарный диабет 2 типа – 3,3%, в 0,95% случаев – инсулинопотребный. Средний возраст больных составил 49,9 года (19-74 года). Среди общего количества больных преобладают мужчины – 68,9%.

Ключевые слова: ГЛПС, эндокринная патология, нарушение углеводного обмена.

I.V. Artamonova, G.A. Mukhetdinova, R.M. Fazliyeva, Ye.V. Nelubin CARBOHYDRATE METABOLISM DISTURBANCES IN CONVALESCENTS OF HEMORRHAGIC FEVER WITH RENAL SYNDROME

By means of laboratory, clinical, instrumental methods, 210 survivors of hemorrhagic fever with renal syndrome (HFRS) in 2007-2010 were examined. Besides, 19 autopsy protocols of HFRS patients deceased within the period of 2004-2010 in Ufa were analyzed. Injury to adenohypophysis (89.47%) has shown to be a distinctive feature inherent to HFRS. In 41.2% cases, hemorrhage in the pituitary gland was accompanied by hemorrhage in the brain. Changes in the adrenal gland were found in 57.9% of patients. Simultaneously occurring damage to the adrenal and the pituitary glands was detected in 47.3% of cases. In 90% cases, bleeding in the pituitary gland caused death. Among HFRS convalescents, carbohydrate metabolism disturbances were found in 21.42% of patients: transient increase of glucose level in 14.28%, fasting glucose abnormalities in 3.8%, type 2 diabetes in 3.3%, 0.95% - insulin-dependent diabetes. The patient mean age was 49.9 (19-74). Out of the total population, male patients were most numerous, making up 68.9%.

Key words: HFRS, endocrine pathology, carbohydrate metabolism disturbance.

Патология эндокринной системы занимает значительное место как в клинических проявлениях геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС), так и в танатогенезе. В связи с распространенным повреждением сосудов, особенно микроциркуляторного русла, эндокринная система не может оставаться вне патологии, свойственной этому заболеванию. Следовательно, изучение метаболических изменений, вызванных патологией эндокринной системы у реконвалесцентов ГЛПС, является важной и актуальной задачей.

В. Ф. Быстровским [2] установлено, что у 85,0 % реконвалесцентов ГЛПС наблюдаются гормональные сдвиги, характерные для первичной гипофункции гонад, у 18,0 % была снижена половая потенция, у 22,0 % отмечено нарушение менструального цикла. В течение 2-5 лет был понижен базальный уровень СТГ, концентрация гормонов щитовидной железы нормализовалась в течение года, а уровень остальных гормонов - через 3-5 месяцев после заболевания.

Т.К.Тен [5] установила, что уровень кортизола был снижен, а альдостерона значительно увеличен на протяжении 1 года после перенесенной ГЛПС. На протяжении 6 месяцев наблюдалось отклонение в гормонах щитовидной железы: снижение ТЗ, что не отражалось на функции щитовидной железы и не имело клинических проявлений в виде гипотиреоза. Уровень ФСГ, ЛГ, ТТГ, пролактин достоверно не отличался от контрольной группы.

М.В. Дударев [3] выявил базальную гиперинсулинемию и инсулинорезистентность у реконвалесцентов ГЛПС, сохраняющуюся на протяжении 6 месяцев после перенесенного

заболевания.

Цель исследования

Выявить характер и частоту формирования патологии углеводного обмена у реконвалесцентов ГЛПС.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 210 человек, перенесших ГЛПС в 2007-2010 гг., проходивших диспансерное наблюдение в кабинете реконвалесцентов ГЛПС МУ ГКБ № 5 в 2010 г. Данные о каждом пациенте, перенесшем ГЛПС, собранные путем опроса, с помощью объективного и физикальных методов обследования, занесены в специально разработанную карту амбулаторного больного, на основании которой создана компьютерная база данных. При сборе материала использовались клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования: общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови (белок, холестерин, глюкоза, креатинин, мочевины, билирубин, трансаминазы), оральный глюкозотолерантный тест, анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и почек, электрокардиография, расчет скорости клубочковой фильтрации по формулам MDRD, Cockcroft-Gault, анализ на микроальбуминурию. Кроме того, проведен анализ морфологических и функциональных изменений эндокринной системы у 19 больных, умерших от этого заболевания в г. Уфе в 2004-2010 гг.

Результаты и обсуждение

Среди разнообразной патологии эндокринной системы, наблюдаемой при ГЛПС, наиболее значимое место занимают нарушения со стороны гипофиза и надпочечников.

Поражение передней доли гипофиза встречается у погибших от этого заболевания с довольно большим постоянством. Как правило, морфологические изменения гипофиза состоят в довольно значительном расширении мелких кровеносных сосудов, особенно капилляров и венул, выраженном отеке, а также кровоизлияниях, дистрофии клеток, инфарктах и некрозах. Нередко кровоизлияния и некроз захватывают всю переднюю долю этого органа, и значительно реже они распространяются на весь орган. Следует отметить, что при почти постоянных изменениях передней доли задняя доля гипофиза остается интактной, если не поражается весь орган, что встречается довольно редко.

Стоит также отметить, что кровоизлияние в гипофиз не всегда сочетается с кровоизлиянием в головной мозг. Так, из 17 (89,5%) случаев кровоизлияний в гипофиз лишь в 7 (41,2%) случаях сопровождалось кровоизлиянием в головной мозг. Одновременное поражение надпочечников и гипофиза выявлено в 9 (47,3%) из 19 случаев.

Изменения в надпочечниках находили гораздо реже, чем в гипофизе, в 11 (57,9%) из 19 случаев. Морфологические изменения в надпочечниках, так же как и в гипофизе, характеризуются полнокровием сосудов микроциркуляторного русла, отеком, кровоизлияниями, дистрофическими и некротическими изменениями.

В щитовидной железе наблюдались отек, полнокровие, кровоизлияния в ткань органа.

Морфологические изменения в поджелудочной железе сводятся в основном к выраженному полнокровию и стазу в капиллярах. В 5,28% случаев наблюдались единичные кровоизлияния с гибелью островковых клеток. В панкреатических островках микроциркуляторные расстройства выражены меньше, чем в экзокринной паренхиме. Это с одной стороны связано с особенностями кровоснабжения островков, с другой – с особым типом островковых капилляров, имеющих синусоидное строение, эндотелий в которых с широкими межклеточными щелями, а базальная мембрана почти полностью отсутствует. Наиболее распространенные гемодинамические и реологические нарушения наблюдаются в теле и хвосте железы. Это связано с тем, что данные отделы находятся в менее благоприятных условиях кровоснабжения по сравнению с головкой.

Сопоставив некоторые клинические симптомы с изменениями в эндокринной сис-

теме на аутопсии у 19 погибших от ГЛПС, были получены следующие результаты:

1. Все больные были госпитализированы на 3-6-е сутки от начала заболевания в тяжелом состоянии, как правило, с явлениями инфекционно-токсического шока, у 4 (21%) человек уровень АД колебался от 0 до 80/50 мм рт. ст.

2. Наблюдались нарушения сознания в виде сопора, бреда, галлюцинаций, дезориентированности, возбуждения с развитием у некоторых из них судорожного синдрома.

3. Смерть у большинства наступала в среднем на 4-14-е сутки заболевания при явлениях нарастающей сосудистой недостаточности, выраженного геморрагического диатеза, психотических расстройств у 1 человек вплоть до развития комы. У 6 (31,5%) из 19 человек симптоматика протекала на фоне острой почечной недостаточности (ОПН). В 90 % случаев причиной смерти явилось кровоизлияние в гипофиз.

4. У 8 больных (42,10%) наблюдалась гипергликемия (глюкоза капиллярной крови натошак 7-12 ммоль/л).

В связи с этим заслуживает внимания вопрос о нарушении углеводного обмена как в остром периоде заболевания, так и у реконвалесцентов ГЛПС.

Среди 210 человек, перенесших ГЛПС в 2007-2010 гг. в Республике Башкортостан, обследованных в кабинете реконвалесцентов ГЛПС МУ ГКБ № 5 у 2 (0,95%) больных наблюдалось развитие инсулинопотребного сахарного диабета 2 типа в течение года после перенесенной ГЛПС и у 5 (2,38%) больных сахарных диабет 2 типа, принимающих пероральные сахароснижающие препараты. В литературе нет описания подобных наблюдений. Также у 8 (3,8%) из 210 больных наблюдались изменения углеводного обмена в виде нарушения гликемии натошак, установленного в ходе орального глюкозотолерантного теста. Эти больные соблюдали диету с ограничением легкоусвояемых углеводов и жиров. Этот факт подтверждает наличие у реконвалесцентов ГЛПС инсулинорезистентности, что согласуется с описанными в литературе данными: повышение с-пептида, инсулина. У 30 (14,28%) больных наблюдалось транзитное повышение уровня глюкозы крови натошак как в остром периоде, так и в течение года диспансерного наблюдения. Среди всех больных с нарушениями углеводного обмена преобладают мужчины – 31 (68,9%). Средний возраст больных составил 49,9 года (19-74 года). В основном больные перенесли ГЛПС

средней степени тяжести (86,7%). Большой интерес представляет дальнейшее обследование группы больных с транзиторным повышением уровня глюкозы крови натощак, так как представляется возможным проследить, как часто изменения гликемии заканчиваются установкой диагноза сахарный диабет, какой временной отрезок необходим для формирования необратимого нарушения углеводного обмена, какие морфологические изменения при этом происходят в поджелудочной железе и существует ли специфика лечения больных с нарушениями углеводного обмена у перенесших ГЛПС. На перечисленные вопросы предстоит ответить в ходе 5-летнего наблюдения за больными, перенесшими ГЛПС, в Рес-

публике Башкортостан на базе кабинета реабилитации больных ГЛПС МУ ГКБ № 5.

Заключение

Распространенное повреждение сосудов микроциркуляторного русла при ГЛПС обуславливает частое повреждение эндокринных органов при этом заболевании, характеризующееся недостаточностью или полной утратой функций соответствующего органа, что в свою очередь может явиться основой формирования эндокринной патологии у реконвалесцентов ГЛПС. Изменения в углеводном обмене у реконвалесцентов ГЛПС требуют динамического диспансерного наблюдения с целью раннего выявления патологии и лечения.

Сведения об авторах статьи:

Артамонова Ирина Вадимовна, МУ ГКБ № 5, кабинет реконвалесцентов ГЛПС,

адрес: г. Уфа, ул. Цюрупы, 84. E-mail: vadirina@yandex.ru

Мухетдинова Гузель Ахметовна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО БГМУ, МУ ГКБ № 5,

адрес: г. Уфа, ул. Пархоменко, 93

Фазлыева Раиса Магутасимовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии БГМУ,

МУ ГКБ № 5, адрес: г. Уфа, ул. Пархоменко, 93

Нелюбин Евгений Викторович, к.м.н., главный врач МУ ГКБ № 5, заслуженный врач РБ 450077,

адрес: г. Уфа, ул. Пархоменко, 93(3472) 726120, факс: (3472) 739667

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианова, О.Л. Гормональные нарушения у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Материалы Пьезд нефрологов России. – М., 1999. – С. 9.
2. Быстровский, В.Ф. Функциональное состояние эндокринной системы у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (Вопросы патогенеза, клиники и лечения): дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1996.
3. Дударев, М. В. Клинико-функциональная характеристика последствий геморрагической лихорадки с почечным синдромом и их лечебная коррекция на амбулаторном этапе реабилитации: дис. ... д-ра мед. наук. – Ижевск, 2005.
4. Сиротин, Б. З. Очерки изучения геморрагической лихорадки с почечным синдромом. – Хабаровск, 2005. – С.97-100.
5. Тен, Т.К. Патология гипофизарно-надпочечниковой системы и щитовидной железы у перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом // Дальневосточный медицинский журнал. – 2003. – №3. – С. 67-69.
6. Шутлов, А.М. Острая почечная недостаточность при геморрагической лихорадке с почечным синдромом: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997.
7. Юшук, Н.Д. Функциональное состояние гипофизарно-надпочечниковой и гипофизарно-тиреоидной систем у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Терапевтический архив. – 1996: – Т.68, № 2. – С. 63-64.
8. Miettinen MN Ten-year prognosis of Puumala hantavirus-induced acute interstitial nephritis/ MN Miettinen, SM Makela et al.// Kidneyinternational.-2006.-№ 69.-P.2043-2048.

УДК 616.33/342-002.44-07:616.151.511

© Э.Р. Байкова, М.М. Фазлыев, Р.М. Фазлыева, 2011

Э.Р. Байкова, М.М. Фазлыев, Р.М. Фазлыева **ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА** **У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА** *ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»* *Минздравсоцразвития России, г. Уфа*

Обследовано 137 больных неосложненной и осложненной состоявшимся кровотечением язвенной болезнью желудка. Больные группы сравнения получали лечение по эрадикационной трехкомпонентной схеме первой линии «Маастрихт-3», больным основной группы дополнительно применяли далаггин. Эффективность применения комплексного лечения подтверждали регенерацией язвенного дефекта в оптимальные сроки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, далаггин, гемостаз, слизистая оболочка, регенерация.

E.R. Baikova, M.M. Fazliyev, R.M. Fazliyeva **FEATURES OF HEMOSTASIS SYSTEM IN STOMACH ULCER PATIENTS**

An examination of 137 gastric ulcer patients with and without concomitant peptic ulcer bleeding was performed. Control group patients received a triple eradication first-line "Maastricht-3" therapy, while in the intervention group, dalargin was additionally used. The efficacy of the integrated approach was confirmed by ulcer lesions regeneration within the optimal time period.

Key words: peptic ulcer, dalargin, hemostasis, mucous membrane, regeneration.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) представляет собой хроническое, рецидивирующее