

COMPARATIVE ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH RETINAL DETACHMENT BY POSTERIOR CLOSED VITRECTOMY AND CIRCULAR SCLERAL BUCKLING

A.P. Yakimov, V.A. Zaika, A.G. Shchuko, V.V. Malyshev
(Sv. Fyodorov Eye Microsurgery Complex, Irkutsk, Russia)

Purpose of work: to reveal the regularities of structural and functional status of visual system in patients after surgical treatment of retinal detachment. The outcome of this surgery is reconstruction of anatomic relationships in posterior segment. The retrospective analysis of treatment results of 82 patients (82 eyes), who were operated for rhegmatogenous retinal detachment, was made. All patients were divided into 2 groups according to surgical method. For the purpose of revelation of causes of functional retinal failure after surgery, 36 patients with subtotal and total retinal detachment involving macula were examined. The interaction between dynamics of visual functional restoration and changes of central fundus was determined.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байбородов Я.В. Прогнозирование функциональных исходов витреоретинальных операций: Автореф. канд. мед. наук: 14.00.08; СПб., 2006. — 20 с.
2. Гурьева Н.В., Югай А.Г., Лаврова Н.Е., Саксонова Е.О. О некоторых механизмах неполного восстановления центрального зрения после успешных операций по поводу отслойки сетчатки // VIII съезд офтальмологов России: Тезисы докладов. — М., 2005. — С.762.
3. Егорова Е.Н. Применение озонотерапии в реабилитационном периоде у больных, оперированных по поводу ретинальной отслойки сетчатки: Автореф. канд. мед. наук: 14.00.08; М., 2007. — 25 с.
4. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки: Практическое руководство / Пер. с англ. — Т.1. — М.: Издательский центр МНТК «Микрохирургия глаза», 2005. — 289 с.
5. Крейссиг И. Минимальная хирургия отслойки сетчатки: Практическое руководство / Пер. с англ. — Т.2. — М.: Издательский центр МНТК «Микрохирургия глаза», 2005. — 356 с.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра. Женева. — 1995. Т.1. — С.48.
7. Baba T., Hirose A., Moriyama M., Mochizuki M. Tomographic image and visual recovery of acute macula-off rhegmatogenous retinal detachment // Adv. Neonatol. Care. — 2004. — Vol.4, N.1. — P. 9-10.
8. Leclaire-Collet A., Muraine M., Menard J.F., Brasseur G. Predictive visual outcome after macula-off retinal detachment surgery using optical coherence tomography // Retina. — 2005. — Vol.25. — P.44-53.
9. Wolfensberger T.J. Foveal reattachment after macula-off retinal detachment occurs faster after vitrectomy than after buckle surgery // J. Formos. Med. Assoc. — 2004. — Vol.103(3) — P. 212-217.
10. Michels R., Wilkinson C.P., Rice T.A. Results of retinal reattachment surgery // Retinal Detachment. Michels R., Wilkinson C.P., Rice T.A., eds//. — St. Louis: CV Mosby, 1990. — P. 955-963.
11. Hagimura N., Suto K., Iida T., Kishi S. Optical coherence tomography of the neurosensory retina in rhegmatogenous retinal detachment // Am.J. Ophthalmol. — 2000. — Vol. 129. — P. 186-190.

© МАЛЬТИНСКИЙ М.Л., ГОРИН В.С., ПОРТНОВА А.В., МАЛЬТИНСКАЯ Н.А., КАЛУГИН С.А. — 2008

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ИММУНИТЕТ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

М.Л. Мальтинский, В.С. Горин, А.В. Портнова, Н.А. Мальтинская, С.А. Калугин
(Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. А.В. Колбаско)

Резюме. В статье приведены результаты изучения неспецифического иммунитета у пациенток с воспалительными заболеваниями внутренних половых органов. Показана значимость изучения показателей неспецифического иммунитета в прогнозировании исхода воспалительного процесса внутренних половых органов у женщин. Высказано предположение, что в патогенезе заболеваний внутренних половых органов имеет значение функциональная недостаточность лейкоцитов, выброс из полиморфноядерных лейкоцитов агрессивных факторов и накопление токсических продуктов тканевой деструкции в очаге воспаления.

Ключевые слова: неспецифический иммунитет, воспалительные заболевания внутренних половых органов.

Адрес для переписки: 630048 г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 137/ 2 кв. 13. Дом. тел. (383)— 344-50-73 моб. Тел. 8-923-246-48-24.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в лечении воспалительных заболеваний женских половых органов, распространенность этих заболеваний неуклонно растет и составляет, по данным разных авторов, от 30% среди стационарных и до 60-65% среди амбулаторных больных [1, 6, 11]. Длительное рецидивирующее течение заболевания, малая эффективность проводимой терапии

могут привести к потере репродуктивной функции и инвалидизации больной. По данным М. Quan (1998) воспалительные заболевания придатков матки представляют важную медико-социальную проблему США — ежегодно регистрируется более 1 млн. случаев острых воспалительных заболеваний придатков матки, что ведёт к прямым и косвенным затратам в размере 4,2 млрд. долларов в год [14].

Одной из отличительных особенностей клинического течения воспалительных заболеваний придатков матки на современном этапе является волнообразность процесса, связанная с проводимым лечением, изменением характера микробной флоры, иммунного статуса и многих других факторов.

Воспалительный процесс и его последствия отрицательно влияют на менструальную, репродуктивную, сексуальную и другие функции женщины. Среди многочисленных осложнений воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин детородного возраста на первое место выходят бесплодие, эктопическая беременность, внутриутробные инфекции и многое другое [2, 8, 15].

Интенсивность и характер течения воспалительного процесса в матке и придатках определяются не только выделенной микрофлорой, но главным образом активностью основных эффекторных механизмов, среди которых важное место занимают полиморфно-ядерные лейкоциты крови, макрофаги [7, 10, 13], а также гуморальные факторы воспаления, такие, как интерлейкины, цитокины, компоненты системы комплемента [3, 5, 12], лизосомальные ферменты, про- и антиоксидантные системы [1, 4, 9].

Цель работы — изучение состояния неспецифических факторов иммунитета при различных клинических формах воспалительных заболеваний матки и придатков для разработки критериев прогноза их течения.

Материалы и методы

Под наблюдением находились 130 женщин детородного возраста с различными клиническими формами неспецифических воспалительных заболеваний матки и придатков. Первую группу составили пациентки с острым эндометритом (МЭ) — 61 человек (46,9%), 2-ю — 31 пациентка (23,9%) с острым эндометритом, осложненным развитием сальпингоофорита (МЭ+СО), и 3-ю — 38 женщин (29,2%) с обострением хронического сальпингоофорита (СО).

При отборе больных руководствовались следующими принципами: отсутствием острых и хронических соматических заболеваний в стадии обострения или полной ремиссии, заболеваний крови, простудных вирусных и инфекционных заболеваний. Группа сравнения — 20 практически здоровых женщин соответствующего возраста.

Всем пациенткам было проведено комплексное клиничко-лабораторное обследование, которое включало: методы клинического обследования, ультразвуковое обследование органов малого таза, определение кислородозависимой биоктивности нейтрофилов по показателям НСТ-теста и хемилю-

минесцентного анализа, определение кислород независимой активности нейтрофилов с помощью лизосомального катионного теста (ЛКТ) с подсчетом среднего цитохимического коэффициента (СЦК), определение концентрации лактоферрина, TNF α , активности лизосомальных ферментов (кислой фосфатазы, катепсина Д) в сыворотке крови.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась по общепринятым методикам с помощью пакетов прикладных программ Statistica 6.0, Microsoft Excel 7.0. При анализе результатов определялись среднее арифметическое (М), ошибка среднего (m), проводилась оценка значимости различий двух средних арифметических по t-критерию Стьюдента, высчитывался коэффициент линейной корреляции и его значимость. Различия сравниваемых показателей принимались за значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Все пациенты, находившиеся под наблюдением, значительно различались по целому ряду анамнестических и клинических признаков. В анамнезе у пациентов 1 и 2 групп преобладали внутриматочные вмешательства (72%), наличие контрацептивов в полости матки (47%), тогда как у больных 3-й группы в 63% регистрировались обострения воспалительных заболеваний придатков матки более 2 раз в год, т.е. процесс носил хронический рецидивирующий характер.

По клиническому течению больные 1 и 2 групп отличались острым началом заболевания. Среди пациенток 2-й группы преобладали поступившие в состоянии средней степени тяжести и тяжелом (52%), тогда как у пациентов 3-й группы в большинстве своем наблюдались стертые клинические проявления (87%).

Данные бактериологических исследований отделяемого из цервикального канала показали, что у больных всех трех групп не было обнаружено значительных различий среди высеянной микрофлоры. В целом преобладали условно патогенные грамм (-) микроорганизмы кишечной группы. Отсюда ясно, что клиническое течение и исход воспалительных заболеваний матки и придатков зависит в большей степени от общей реактивности организма, состояния иммунитета.

Для исследования функциональной активности этих систем у больных с воспалением матки и при-

Таблица 1

Результаты лабораторного исследования больных с воспалительными заболеваниями матки и придатков при поступлении в клинику (М+м)

Лабораторные показатели	Контрольная группа (n=20)	Больные МЭ (n=61)	Больные МЭ +СО (n=31)	Больные СО (n=38)
Количество лейкоцитов в крови, $10^9/\text{л}$	5,2 $\pm$ 0,22	7,2 $\pm$ 0,34*	9,6 $\pm$ 0,44* #	7,8 $\pm$ 0,48*
Количество лейкоцитов в цервикальном канале, в п/з	8,0 $\pm$ 0,12	28,7 $\pm$ 2,94* #	39,5 $\pm$ 3,14* #	15,3 $\pm$ 1,31* #
Количество Нф, % на 100 лейкоцитов	66,1 $\pm$ 1,04	73,3 $\pm$ 1,17*	77,4 $\pm$ 1,11* #	72,5 $\pm$ 1,11*
ЛИИ	1,2 $\pm$ 0,11	1,4 $\pm$ 0,14	2,1 $\pm$ 0,17* #	1,3 $\pm$ 0,11
СОЭ (мм/ч)	6,4 $\pm$ 0,52	15,8 $\pm$ 1,58* #	18,6 $\pm$ 1,48* #	11,2 $\pm$ 1,18* #
Фибриноген плазмы крови, г/л	2,0 $\pm$ 0,08	3,4 $\pm$ 0,13*	4,0 $\pm$ 0,15* #	3,3 $\pm$ 0,12*
СРБ (+), % от числа больных	0	33,3*	61* #	37*

Примечание: * — значимые отличия от контрольных показателей; # — различия между соответствующими показателями у больных различных групп, $p < 0,01$.

датков были проанализированы общепринятые клинико-лабораторные показатели. При этом были выявлены существенные различия между группами (табл. 1). Так, у всех больных количество лейкоцитов в цервикальном канале и содержимом полости матки было достоверно выше, чем у здоровых, причем наиболее высокое количество лейкоцитов было зарегистрировано в 1-й и 2-й группах (в 1,9 и 2,6 раза больше, чем в 3-й группе). Отмечено достоверное повышение общего количества лейкоцитов в крови во 2-й группе ($p < 0,01$) и нейтрофильных гранулоцитов (Нф) ($p < 0,05$). В этой группе также был наиболее высокий лейкоцитарный индекс интоксикации ($p < 0,05$). В 1-й и 2-й группах была достоверно выше скорость оседания эритроцитов (СОЭ) (в 1,4 — 1,6 раза выше, чем в 3-й группе). Во 2-й группе положительная реакция на СРБ была примерно в 2 раза выше, чем в 1-й и 3-й. Не было обнаружено каких-либо значительных различий в концентрации фибриногена.

Из полученных результатов общепринятых клинико-лабораторных исследований ясно, что характер и тяжесть воспалительной патологии органов малого таза у женщин детородного возраста во многом зависят от функциональной активности первичного, врожденного иммунитета как на клеточном уровне (количество лейкоцитов в цервикальном канале, в крови, ЛИИ, нейтрофилез), так и гуморального (содержание острофазного белка СРБ, показатель скорости оседания эритроцитов). Однако более тщательный анализ полученных данных с привлечением индивидуальных показателей показывает, что применение подобных общепринятых методов исследования у больных воспалительной патологией органов малого таза не дает возможности прогнозирования течения воспалительного процесса в органах малого таза у женщин. В связи с этим представлялось целесообразным изучить функциональное состояние нейтрофилов, наличие их функциональных резервов в каждой из обследованных групп больных для прогнозирования формы течения заболевания и развития осложнений.

Для решения этих проблем в работе был использован методический подход, позволяющий дать оценку активности клеток одновременно по нескольким параметрам. При этом принималась в расчет связь метаболизма нейтрофилов с их биологической активностью в процессе фагоцитоза при воспалении [9].

Кислород зависимая биоцидность полиморфноядерных лейкоцитов крови (ПМЯЛ) оценивалась по показателям НСТ-теста и люминолзависимой хемилюминесценции (ХМЛ) сыворотки крови в спонтанных и индуцированных вариантах.

В первые сутки при поступлении больных в стационар во всех трех группах обнаруживалось 2-3-кратное повышение показателей функциональной активности ПМЯЛ, что проявлялось усилением их окислительного метаболизма и, как следствие этого, увеличением ХМЛ-ответа по сравнению со здоровыми женщинами. Обращало на себя внимание также различие ХМЛ-ответа на инкубацию ПМЯЛ с зимозаном у больных разных клинических групп. Наименьший ответ был в группе больных с обострением хронического сальпингоофорита, соответственно, наименьшим был и показатель индекса стимуляции (ИС). Это свидетельствует о сни-

жении бактерицидной функции ПМЯЛ и резервов их биоцидности у пациенток 3-й группы и может явиться причиной формирования часто рецидивирующего характера воспалительного процесса.

У больных 2-й группы (МЭ+СО) показатели как спонтанной, так и индуцированной зимозаном ХМЛ были достоверно высокими, хотя индексы стимуляции у всех больных были ниже контрольного уровня, что свидетельствует о снижении биоцидных резервов ПМЯЛ при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин.

Аналогичным образом изменялись значения спонтанного и индуцированного НСТ-теста. Наиболее показательным было изменение индекса стимуляции (ИС) у пациенток различных групп. Индекс стимуляции зимозаном у больных 1-й и 2-й групп был снижен по сравнению с контролем в среднем в 1,5 раза и в 1,75 раза у больных 3-й группы. Исходя из полученных в работе результатов, можно предположить, что ИС является интегральным показателем, отражающим общий флоготенный потенциал фагоцитов крови, выражающийся как в существующей, так и потенциальной их готовности к ответу на любые стимулы. Чем ниже ИС, тем меньше эта готовность, тем труднее идут процессы восстановления. Достоверное повышение ИС в ходе наблюдения, по сравнению с исходным, всегда соответствовало стабилизации и улучшению состояния.

Кислород независимая (КНЗ) биоцидная активность нейтрофилов исследовалась с помощью лизосомально-катионного теста (ЛКТ-тест) с подсчетом среднего цитохимического коэффициента (СЦК), который выявляет содержание катионных белков внутри клеток. Кроме того, этот метод позволяет изучить распределение нейтрофилов по интенсивности окрашивания красителем зеленым прочным на низко активные (НАК), средне активные (САК) и высоко активные клетки (ВАК).

Результаты показали, что у всех больных с воспалительной патологией органов малого таза достоверно снижено, по сравнению со здоровыми, количество катионовых белков в нейтрофилах, в основном за счет более чем двукратного повышения процента низко активных клеток. Так как катионные белки обеспечивают эффективную гибель фагоцитированных и внутриклеточно расположенных микроорганизмов, то их слабая бактерицидная активность может способствовать сохранению возбудителя в очаге воспаления как внутри фагоцитов, так и внеклеточно.

Таким образом, большой процент как НАК, так и ВАК при снижении СЦК позволяет прогнозировать тяжелый вариант течения воспалительной патологии малого таза у женщин. Напротив, большой процент НАК, низкое содержание ВАК при значительном снижении СЦК будет свидетельствовать в пользу часто рецидивирующего хронического воспалительного процесса, что и наблюдалось в 3-й группе больных.

Маркерный катионный белок лактоферрин является важным компонентом поддержания гомеостаза систем организма, участвуя в процессах транспорта железа, обладая антимикробной, анти-токсической и противовоспалительной активностью. По данным литературы, важными противовоспалительными факторами являются цитокины, среди которых тумор некротизирующий

фактор — α (TNF- α) занимает важное место. Этот цитокин выделяют многие компонентные клетки, но наибольший выброс в остром периоде воспаления происходит со стороны макрофагов. Поэтому уровень TNF- α косвенно может отражать степень активизации макрофагального звена фагоцитарной системы.

Содержание лактоферрина и TNF- α в сыворотке крови у больных с воспалительными заболеваниями матки и придатков (M+m)

Группы обследуемых	Лактоферрин в крови, Нг/мл	TNF- α , Пкг/мл
Контрольная группа (n=20)	230 $\pm$ 17,24	48,4 $\pm$ 1,02
1-я группа (n=61)	571,1 $\pm$ 70,68(*)	73,4 $\pm$ 3,91(*)
2-я группа (n=31)	938,0 $\pm$ 57,70(*)	141,3 $\pm$ 5,77(*)
3-я группа (n=38)	712 $\pm$ 44,61#(*)	58,3 $\pm$ 4,13#(*)

Примечание: (*) — значимые отличия от показателей в контрольной группе, p<0,05;

* — значимые различия между показателями в 1-й (МЭ) и во 2-й группе больных (МЭ+СО), p<0,05; # — значимое отличие показателя в 3-й группе (СО) от соответствующего показателя во 2-й группе (МЭ+СО), p<0,05.

Как показали наши исследования (табл. 2) содержание лактоферрина и TNF- α в сыворотке крови больных значительно выше, чем у здоровых, особенно у пациентов 2-й группы (МЭ и СО).

В группе больных с обострением хронического сальпингоофорита (СО) содержание лактоферрина и TNF- α в сыворотке крови было достоверно ниже, чем при острых формах заболевания у пациентов 1 и 2 групп (p<0,05). Такой дефицит биоцидности может быть одной из важных причин перехода воспалительного процесса в хроническую форму у этих больных.

Помимо катионовых белков лейкоциты крови секретируют лизосомальные ферменты (ЛзФ), которые, с одной стороны, способствуют деградации фагоцитированного материала, а с другой, при их избыточной продукции и гибели фагоцитирующих клеток они попадают во внеклеточную среду и сами вызывают деструкцию окружающих тканей.

Из таблицы 3 видно, что у всех наблюдавшихся больных активность КФ и катеп-

сина D в крови в 1,8-2 раза превышала показатели у здоровых. Максимальное увеличение активности наблюдалось у больных с осложненной формой воспалительного процесса (2-я группа). Этот факт доказывает, что существует прямая зависимость между уровнем содержания ЛзФ в сыворотке крови и интенсивностью воспалительного процесса в матке и придатках.

Об этом свидетельствует также установленная обратная корреляционная связь между лизосомальной гиперферментемией и содержанием лизосомальных катионных белков в полиморфноядерных лейкоцитах: между уровнем КФ и СЦК (r= - 0,77; p<0,01), катепсина D и СЦК (r= - 0,50; p<0,01).

Таким образом, выявление повышенной активности ЛзФ в крови является ранним и весьма чувствительным тестом, свидетельствующим о патологических изменениях в тканях половых органов женщин, а конкретно — об усилении их деструктивного компонента.

Можно утверждать, что в патогенезе воспалительных заболеваний матки и придатков важную роль играют функциональная недостаточность лейкоцитов, выброс из полиморфноядерных лейкоцитов агрессивных факторов (ЛзФ, катионные белки), накопление токсических продуктов тканевой деструкции в очаге воспаления. Включение в комплекс лабораторного обследования методов оценки функционального состояния клеток-эффекторов воспаления позволяет прогнозировать дальнейший характер течения, исход воспалительной патологии органов малого таза и определить важные мишени для терапевтического воздействия при данной патологии.

Таблица 3

Активность лизосомальных ферментов в сыворотке крови у больных с воспалительными заболеваниями матки и придатков (M+m)

Показатели	Контроль (n=20)	1-я группа (n=61)	2-я группа (n=31)	3-я группа (n=38)
КФ, мкмоль/л/мин	23,4 $\pm$ 1,02	40,8 $\pm$ 2,92*	58,4 $\pm$ 4,97*#	47,6 $\pm$ 4,03*#
Катепсин D, мкмоль/л/мин	1,3 $\pm$ 0,09	1,6 $\pm$ 0,05*	2,4 $\pm$ 0,08*#	2,1 $\pm$ 0,07*#

Примечание: * — значимое отличие показателей в крови у больных от контроля, p<0,05; # — значимые отличия от соответствующего показателя в 1-й группе (МЭ), p<0,05.

NONSPECIFIC IMMUNITY IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF INTERNAL GENITALS

M.L. Maltinsky, V.S. Gorin, A.V. Portnova, N.A. Maltinskaya, S.A. Kalugin
(Novokuznetsky State Institute for Medical Advanced Studies)

There are results of studying nonspecific immunity of patients with inflammatory diseases of internal genitalis. The importance of studying nonspecific immunity parameters in inflammatory process of internal genitalis is shown. Assumption is given that functional insufficiency of leukocytes aggressive factors emission from polymorphonuclear leukocytes, and accumulation of toxic products of tissue destruction in the center of inflammation are the essence of the pathogeny diseases of internal genitalis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов А.Р., Блюм Е.Э., Сафронов И.Д., Ассадулина Р.Р. Актуальность реакции ПОЛ с содержанием оксидантов в крови у женщин с воспалением и опухолевыми заболеваниями яичников // Успехи современного естествознания. — 2003. — № 12. — С. 32.
2. Баранов Н.В. Хронические воспалительные заболе-

вания матки и придатков и их отдаленные последствия: особенности патогенеза, клинко-морфологическая характеристика, лечение и медицинская реабилитация: Автореф. дис. ... д.м.н. — Челябинск, 2002. — 48 с.

3. Бережная Н.М., Чехун В.Ф. Система интерлейкинов и рак. — Киев, 2000. — 224 с.

4. Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньщикова Е.Б. Окислительный стресс. Биохимический и патофизиологический аспекты. — МАИК, «Наука / Интерпериодика», 2001. — 343с.

5. Козлов В.А. Научные аспекты современной цитокинотерапии при бактериальной инфекции: реальность и перспективы // Рос. мед. вести. — 1999. — №1. — С.52-54.

6. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А. Гнойная гинекология. — М.: МЕД-пресс, 2001. — 281с.

7. Липчук Г.К. Функциональные изменения фагоцитарного звена иммунной системы и антителообразования при урогенитальном хламидиозе и уреоплазмозе: Автореф. дис. ... к.м.н. — Владивосток, 2003. — 26с.

8. Манухин И.Б., Аксененко А.В. Репродуктивное здоровье у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. — Ставрополь, 2002. — 239с.

9. Маянский А.Н., Маянский Д.Н. Очерки о нейтро-

филе и макрофаге, 2-е изд., пераб. и доп. — Новосибирск: Наука, 1989. — 34с.

10. Муравьев Р.А., Бут П.Г., Фомина В.А. и др. Механизмы бактерицидной активности в фагосомах нейтрофилов // Известия Академии наук. Серия биологическая. — 2002. — №4. — С. 437-441.

11. Стрижаков А.Н., Давыдова А.И., Белоцерковцева Л.Д. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. — М.: Медицина, 2000. — 379 с.

12. Трунова Л.А., Горбенко О.М., Твяюк А.П. и др. Иммунобиохимические изменения у пациенток с хроническими инфекционно-воспалительными заболеваниями придатков матки в стадии клинической ремиссии // Аллергология и иммунология. — 2003. — № 4. — С. 4-7.

13. Хаитов Р.М. Иммунология. — М., 2000. — 431с.

14. Qian M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management // J. Am. Board Fam. Pract. 1998, Vol. 7, №2. — P. 110-123.

© АНГАРСКАЯ Е.Г., МУНКОЖАРГАЛОВ Б.Э., БЛАГОВЕЩЕНСКИЙ Ю.Н. — 2008

ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ

Е.Г. Ангарская, Б.Э. Мункожаргалов, Ю.Н. Благовещенский

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ с курсами нейрохирургии и мануальной терапии, зав. — д.м.н., проф. В.Г. Виноградов)

Резюме. Представлен сравнительный анализ эпидемиологических особенностей переломов лучевой кости в типичном месте у женщин и мужчин. У женщин выявлена зависимость частоты переломов и сроков нетрудоспособности от возраста, сроки сращения переломов не зависят от возраста.

Ключевые слова: переломы лучевой кости в типичном месте, эпидемиология.

Адрес для переписки: Ангарская Екатерина Геннадьевна. 666033, Иркутская область, г. Шелехов, 1 микрорайон, д. 16, кв. 76. Телефоны: рабочий — 387164, моб. 89043598271.

Переломы лучевой кости в типичном месте (ПЛКТМ) занимают первое место по частоте в структуре остеопоротических переломов [2,4,5,6] и являются одними из наиболее частых переломов опорно-двигательной системы (10-33% от числа всех переломов, 70-90 % среди переломов костей предплечья) [3,7,9,10,11,12].

ПЛКТМ относили к повреждениям опорно-двигательной системы с благоприятным исходом. [7,10]. Но в последнее время появились публикации, в которых переломы лучевой кости в типичном месте оцениваются уже как комплексное повреждение с не всегда благоприятным исходом лечения [3,4,5,9].

По данным литературы у женщин старше 50 лет ПЛКТМ встречается в 4-6 раз чаще, чем у мужчин той же возрастной группы, и у каждой 3-4 женщины в возрасте 50-55 лет и выше наблюдаются ПЛКТМ [5,6].

Частота осложнений после консервативного лечения ПЛКТМ достигает 30 %. Причиной такого высокого процента лечебных неудач заключается в анатомо-функциональных и биомеханических особенностях предплечья, затрудняющих репозицию, стабилизацию и правильное сращение отломков [3,8,9,11].

При изучении отдаленных результатов ряд авторов отмечает высокий процент карпальной нестабильности — 26% [3,9,11] и нестабильности дистального лучелоктевого сустава — 43% [3], а

также возникновение синдрома Зудека — 10,7-29,4% [3,9,10,11].

По данным исследований Л.И.Беневоленской, проведенных в отдельных регионах России, у каждой 3-4 женщины в возрасте 50-55 лет наблюдаются переломы костей предплечья, позвонков или шейки бедра [5,6].

По данным литературы средние значения концентрации эстрогенов с возрастом постепенно уменьшаются. Уменьшение количества эстрогенов начинается с 40 лет, а пик падения приходится на возраст 50-59 лет. В данной возрастной группе уровень эстрогенов снижается в 3-4 раза [1,2]. Именно в этой возрастной группе наблюдается резкое повышение частоты ПЛКТМ и снижение МПКТ.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических особенностей переломов лучевой кости в типичном месте, а также выявление зависимости сроков сращения переломов и нетрудоспособности от возраста пациентов.

Материалы и методы

Проведен сплошной ретроспективный анализ 337 медицинских карт больных с ПЛКТМ, находившихся на амбулаторном лечении в травматологическом пункте №3 Свердловского района г. Иркутска в 2006 г. В статистический анализ включены все медицинские карты. Данные о численности населения и распределения по полу и возрасту