

гастродуоденитами. Дебют ГЭРБ у детей характеризовался вегетативными проявлениями, причем появление первых симптомов заболевания происходило непосредственно до или во время периода интенсивного роста и развития. Не исключено, что диссомния у детей является доклиническим проявлением формирующейся патологии пищевода. У большинства детей с ГЭРБ отмечено возникновение поздних болей в животе и болей после физической нагрузки. Изжога, как одно из ведущих клинических проявлений ГЭРБ, у детей возникала чаще после еды, в положении лежа и после физической нагрузки.

Хроническая ЛОР-патология, в структуре которой преобладали хронический тонзиллит и хронический синусит, встречалась почти в 2 раза чаще у детей с ГЭРБ, чем у детей с изолированным ХГД.

Хронобиологические особенности протекания гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей характеризовались отсутствием сезонности, в отличие от хронического гастродуоденита. Быстрое развитие симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и короткий анамнез нивелируют ее сезонность. Формирование же сезонности у больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью отмечено у детей с большой давностью заболевания, отягощенным анамнезом, курением и неправильным пищевым поведением.

Таким образом, выявленные особенности диктуют необходимость изменения тактики диспансеризации детей с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью за счет увеличения кратности наблюдения за больными (не только в традиционные сезонные периоды обострений) и обязательного привлечения узких специалистов, в частности, оториноларингологов. Кроме того, необходим тщательный мониторинг вновь появившихся нетипичных жалоб у детей с хроническим гастродуоденитом с учетом возможности формирования патологии пищевода.

Литература

1. Бельмер, С.В. Гастроэнтерология детская и взрослая: точка зрения педиатра / С.В. Бельмер // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2011. – №4. – С6–9.2
2. Апенченко, Ю.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей в кн: Гастроэнтерология детского возраста / Ю.С. Апенченко, П.Л. Щербаков. – М.: Мед. Практика, 2010. – С.85–105.
3. Приворотский, В.Ф. ГЭРБ у детей (проект стандартов диагностики и лечения) / В.Ф. Приворотский, Н.Е. Лупова // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России. «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». – 2007. – С.75–90.
4. Коваленко, А.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / А.А. Коваленко, С.В. Бельмер // Лечащий врач. – 2008. – №1. – С.14–18
5. Armstrong, D. Gastroesophageal reflux disease / D. Armstrong // Curr. Opin. Pharmacol. – 2005. – Vol 5. – № 6. – P. 589–595.
6. Кашкина, Е.И. Нарушения цикла сон бодрствование / Е.И. Кашкина, Р.В. Лянишева // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т.5. – №3.
7. Осадчук, М.А. Особенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у лиц молодого возраста / М.А. Осадчук, С.Ф. Усик, И.Н. Юрченко, А.М. Золотовичкая // Клиническая медицина. – 2005. – №3. – С. 61–65.
8. Сидоров, Г.А. Совершенствование диспансерного наблюдения детей с различной степенью дисплазии соединительной ткани / Г.А. Сидоров, А.Ф. Виноградов, Е.М. Корнюшо, А.Г. Иванов, В.В. Мурга, Т.А. Федотова // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII. – № 4. – С. 26–29.
9. Захарова, И.Н. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / И.Н. Захарова, Е.П. Карпова, Д.А. Тулупов // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3. – №6. – С. 42–48.
10. Видманова, Т.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей / Т.А. Видманова, Е.А. Жукова, О.В. Сыресина // Медицинский Альманах. – 2010. – 4 (13). – С. 229–234.
11. Ахмедов, В.А. Рефлюксная болезнь и органы-мишени. – М.: Медицинское информационное агентство. – 2007. – 128 с.
12. Эрдес, С.И. Полипы кардио-эзофагеального перехода у детей / С.И. Эрдес, Т.И. Сергеева // Педиатрия. – 2006. – №6. – С. 101–109.

THE FEATURES OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE IN CHILDREN

N.V.BASALAEVA, YU.S.APENCHENKO, A.F.VINOGRADOV, A.V.KOPTSEVA, V.M.MIKIN

Tver Medical State Academy

The article is devoted to the problem of gastroesophageal reflux disease in children. The first symptoms and their relationship with rapid growth and physical exercise are reviewed. Chronic ENT pathology in children with esophageal disorders occurs twice as likely than children with gastroduodenitis. The appearance of season relapses in children with gastroesophageal reflux shows most severity and duration of disease. These findings make it necessary to involve ENT-specialists and to increase frequency of observation of children with gastroesophageal reflux disease.

Key words: gastroesophageal reflux disease, children, esophagitis.

УДК 618.14 – 006.36-089

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С СУБМУКОЗНОЙ МИОМОЙ МАТКИ

Т.А. ГУСТОВАРОВА, Л.А. ЩЕРБАКОВА, С.Б. КРЮКОВСКИЙ, Д.А. БУРАК*

В исследование были включены 87 пациенток репродуктивного возраста, которым была произведена миомэктомия по поводу субмукозной миомы матки. Иммуногистохимическое исследование показало различия в экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона, пролиферативной активности по Ki-67 и площади сосудистого русла в ткани нормального эндо- и миометрия и в субмукозных миомах, сочетающихся с гиперплазией эндометрия. Проведение гормональной терапии в послеоперационном периоде, с учетом данных иммуногистохимии, позволило снизить частоту рецидива заболевания и сохранить репродуктивное здоровье женщины.

Ключевые слова: репродуктивный возраст, субмукозная миома матки, миомэктомия.

Сохранение репродуктивной функции у женщин является одной из приоритетных задач современного здравоохранения. Ухудшение общего индекса здоровья населения, рост соматической и гинекологической патологии значительно снижает шансы на реализацию репродуктивного потенциала современной женщины. Одним из часто встречающихся доброкачественных заболеваний женской половой сферы, оказывающим неблагоприятное влияние на здоровье женщины, является миома матки. Развитие данного заболевания имеет сложные механизмы системных нарушений в организме, приводящих к патологическим изменениям в эндо- и миометрии [3, 7].

Субмукозное расположение миоматозного узла является неблагоприятной разновидностью локализации миомы, так как практически всегда требует хирургического лечения, не оставляя шансов для консервативной терапии. При данной патологии может развиваться бесплодие, а при наступлении беременности возможно невынашивание, возникновение осложнений как в период гестации, так и во время родов и в послеродовом периоде [1,5]. Любое хирургическое вмешательство предполагает травматическое воздействие на ткани, риск интра- и послеоперационных осложнений, имеет психологические и социальные последствия [6,8]. Важным является ведение послеоперационного периода для улучшения процессов репарации тканей и последующая гормональная коррекция с целью профилактики рецидива заболевания и подготовки организма к наступлению беременности [2,4].

Несмотря на результаты многочисленных исследований, до сих пор дискуссионными остаются вопросы этиопатогенеза заболевания, методов хирургического лечения и гормональной терапии миомы матки, что особенно актуально в репродуктивном возрасте.

Цель исследования – оптимизация ведения больных репродуктивного возраста после хирургического лечения субмукозной миомы матки с учетом клинко-морфологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования. Всего обследовано 87 пациенток, после хирургического лечения миомы матки. Из них лапаротомный доступ был применен у 34,5%, лапароскопи-

* ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия Минздрава России, 214019, г. Смоленск, ул. Крупской, 28

ческий у 21,8%, гистерорезектоскопия у 40,2%, гистерорезектоскопия с лапароскопической ассистенцией у 3,5% пациенток. Изучали факторы, способствующие развитию миомы матки, характер клинического течения заболевания. В течение 2-4 лет после операции оценивали отдаленные результаты (анализ жалоб, клинические проявления, восстановление менструальной функции, частоту рецидива заболевания и наступления беременности) у 67 женщин. Иммуногистохимическому исследованию подверглись миоматозные узлы и ткань эндометрия (30 наблюдений), полученные интраоперационно. В качестве группы относительного контроля (25 наблюдений) использовали ткань нормального миометрия и эндометрия, полученную в танатологическом отделении бюро судебно-медицинской экспертизы у женщин репродуктивного возраста, погибших от несчастного случая и не имевших патологии матки. Определяли: маркер пролиферативной активности Ki-67, рецепторы эстрогенов (ER) и прогестерона (PR), CD31 для выявления эндотелия и определения площади сосудистого русла. Оценка экспрессии рецепторов стероидных гормонов проводилась полуквантитативным методом по D.C. Allred с соавт. (1998). Индекс пролиферации по Ki-67 рассчитывали как среднее значение количества окрашенных ядер на 100 клеток в 10 полях зрения. Площадь сосудистого русла определяли с помощью лицензионной программы «ВидеоТест 4.0».

Результаты и их обсуждение. Хирургическое лечение проводилось всем пациенткам в плановом порядке, средний возраст женщин составил 33,45±6,95 лет. Длительность заболевания колебалась от 1 года до 5 лет. Сопутствующая экстрагенитальная патология была выявлена у 54,0% обследованных пациенток. Около трети (33,3%) женщин курили, 80,5% часто страдали респираторно-вирусными заболеваниями, у 10,7% была выявлена избыточная масса тела, у 17,2% – анемия. У 54,0% пациенток отмечалась гиперполименорея, болезненные и нерегулярные менструации встречались с одинаковой частотой (17,2%). В итоге у 70,0% пациенток имели место нарушения менструального цикла. Только в 14,9% случаев миома матки встречалась изолированно. Гинекологический анамнез показал высокую частоту воспалительных заболеваний органов малого таза (77,0%), гиперпластических процессов эндометрия, в структуре которых полипы отмечались у 22,9% пациенток, гиперплазия эндометрия у 40,2%, из них у 60,1%, проводилось от 1 до 3 инструментальных выскабливаний полости матки. Анализ наследственной предрасположенности к развитию миомы матки показал, что у матерей и кровных родственников данное заболевание встречалось в 48,3% случаев, в 20,7% другая гинекологическая патология. Таким образом, проведенный анализ показал, что среди факторов риска развития миомы матки в репродуктивном возрасте наиболее значимыми можно считать: хронические воспалительные заболевания органов малого таза с частыми рецидивами, травматизацию эндо- и миометрия при проведении внутриматочных манипуляций, дисгормональные нарушения в репродуктивной системе, наследственную предрасположенность.

При проведении клинического и эхографического обследования наличие только субмукозной миомы матки было выявлено у 77,0% пациенток, у 23,0% больных в сочетании с интерстициальной их локализацией. Перед оперативным вмешательством всем пациенткам проводилось раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки под контролем гистероскопии, для оценки состояния эндометрия и уточнения локализации и размеров субмукозной миомы. В наших наблюдениях в 62,1% случаев выявлялась простая гиперплазия эндометрия без атипии.

Морфологическое и иммуногистохимическое исследование было проведено в 30 наблюдениях, где имело место сочетание субмукозной миомы с гиперплазией эндометрия. В тканях миоматозных узлов рецепторная зависимость по эстрогену имела следующие показатели: в 56,1% случаев отсутствовала, в 26,4% – наблюдалась слабая рецепторная экспрессия, умеренная и сильная составляли 9,9% и 6,6% соответственно. Анализ экспрессии прогестерона показал преобладание умеренной и сильной рецепторной зависимости, которые составили по 36,3%; слабая рецепторная зависимость наблюдалась в 19,8%, отсутствие – в 6,6% (рис.1).

В группе контроля миометрий был представлен гладкомышечными волокнами, с типичным гистологическим строением сосудов и тонкими прослойками соединительной ткани. В 78,6% случаев имело место отсутствие рецепторной зависимости к обо-

им стероидным гормонам, слабая экспрессия рецепторов прогестерона отмечалась в 21,1%, на долю умеренной и сильной рецепторной зависимости пришлось менее 1% (рис.2). Индекс пролиферативной активности в тканях миоматозных узлов был низкий и находился в интервале от 0 до 15%, в нормальном миометрии он равнялся нулю, нами не обнаружено позитивных клеток по Ki-67.

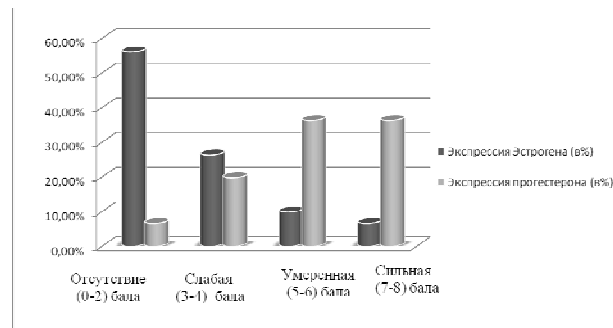


Рис. 1. Показатели рецепторной зависимости стероидных гормонов в тканях субмукозных миом матки

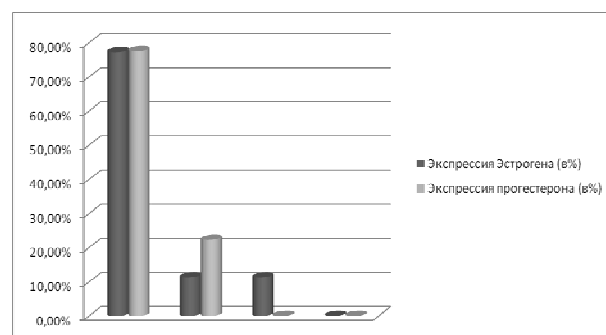


Рис. 2. Показатели рецепторной зависимости в тканях нормального миометрия

Сосуды в миоматозных узлах имели типичное гистологическое строение, при этом площадь сосудистого русла была в среднем меньше на 8,78% по сравнению с тканью неизмененного миометрия, что, вероятно, обусловлено тем, что встречались преимущественно простые формы лейомиом, для которых характерна зрелая строма с очагами гиалиноза и малым количеством сосудов. Уменьшение площади сосудистого русла влияет на чувствительность миомы матки к экзогенным гормонам путем нарушения доставки лекарственных препаратов к клеткам-мишеням.

При микроскопии гиперплазированного эндометрия выявлено его утолщение, отсутствие разделения на компактный и спонгиозные слои, наличие кистозно-расширенных желез, различной экспрессии ER и PR. Сильная экспрессия ER наблюдалась в строме в 40,9%, в железах – в 63,9%, отсутствие экспрессии в строме – в 13,9%, в железах – в 16,3% случаев. Обращала на себя внимание сильная рецепторная зависимость к PR, составившая 53,1% в строме и 50,3% в железах. Негативную реакцию в строме мы наблюдали в 3,3%, в железах – 26,3%. Полученные результаты можно объяснить забором материала в секреторную фазу менструального цикла (рис.3).

Пролиферативная активность по Ki-67 в 95,7% случаев была низкой как в клетках стромы, так и железах. Умеренная пролиферативная активность наблюдалась лишь в 3,3% случаев, что, вероятно, было обусловлено преобладанием простой формы железистой гиперплазии.

Анализ площади сосудистого русла показал ее увеличение на 6,0% при гиперплазии эндометрия по сравнению с неизмененным эндометрием.

В отличие от миоматозных узлов и нормального эндометрия мы наблюдали увеличение площади сосудистого русла в тканях гиперплазированного эндометрия и высокий уровень экспрессии стероидных гормонов. Данный факт наводит на мысль, что мы наблюдаем два противоположных процесса в одном органе, которые могут быть еще одной из причин неэффективности

гормонального лечения у пациенток с сочетанной патологией.

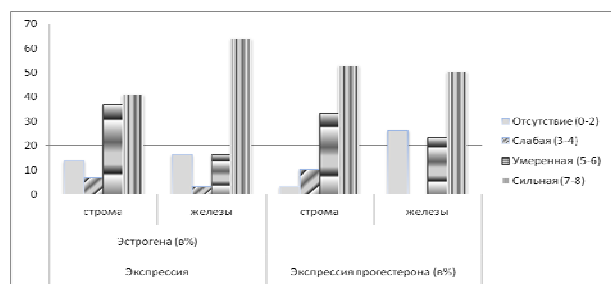


Рис. 3. Показатели рецепторной зависимости стероидных гормонов в тканях при гиперплазии эндометрия

В послеоперационном периоде с целью улучшения репаративных процессов в ране, профилактики рецидива заболевания и контрацепции назначалась гормональная терапия. Проанализировать отдаленные результаты удалось у 67 женщин, которые были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 30 пациенток, которым гормональные препараты назначались с учетом иммуногистохимических данных. Вторую группу составили 37 женщин, получавших лечение только на основании морфологического исследования миомы и эндометрия. 30,0% пациенток первой группы, имевших сильную рецепторную зависимость к эстрогенам или прогестерону, повышенную пролиферативную активность, а также в тех случаях, когда имелись различия в миоме и эндометрии, получали агонисты *гонадотропин-релизинг-гормона* (ГнРГ). В 43,3% случаев, когда отмечалась умеренная экспрессия рецепторов стероидных гормонов, назначались *комбинированные оральные контрацептивы* (КОК). 26,7% женщин, с наличием рецепторов к прогестерону в эндометрии в сочетании с эстроген-зависимой миомой матки, была введена внутриматочная спираль, содержащая левоноргестрел. Во второй группе КОК получали – 45,9%, агонисты ГнРГ – 27,0%, прогестины – 27,1%, из них в виде левоноргестрелсодержащей ВМС – 10,8%. Длительность терапии составляла 6 месяцев, за исключением тех женщин, которые были не заинтересованы в наступлении беременности, и им была введена ВМС на 5 лет. Для оценки состояния эндометрия и миометрия проводилось УЗИ спустя 3, 6, 12 месяцев после операции. Для объективной оценки эффективности гормональной терапии гистероскопию с биопсией эндометрия проводили через 9 месяцев после миомэктомии или спустя 3 месяца после отмены гормонального лечения. По характеру менструальной функции и наличию жалоб достоверной разницы в обеих группах выявлено не было. Во второй группе рецидив миомы матки была выявлен у 6 пациенток, в 1 группе – у 2. Частота наступления беременности за наблюдаемый период в первой группе составила – 26,6%, во второй – 21,6%.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что основным методом лечения субмукозной миомы матки следует считать хирургический.

Исследование экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона, пролиферативной активности и площади сосудистого русла эндо- и миометрия могут существенно повлиять на выбор гормональной терапии в послеоперационном периоде и способствовать сохранению органа и реализации репродуктивной функции женщины.

Литература

1. Корников, Н.И. Патология матки / Н.И. Корников.– М.: Практическая медицина, 2008.– 334 с.: ил.
2. Подзолкова, Н.М. Клиническая гинекология: Учебное пособие / Н.М. Подзолкова, И.В. Кузнецова, О.Л. Глазкова.– М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009.– 616 с.
3. Савицкий, Г.А. Миома матки. Проблема патогенеза и патогенетической терапии / Г.А. Савицкий, А.Г. Савицкий.– СПб.: ЭЛБИ, 2000.– 236 с.
4. Тихомиров, А.Л. Миома матки / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин.– М.: МИА, 2006.– 176 с.
5. Buek, J. Management options for uterine fibroid tumors // Buek J. // Amer/ Fam. Physician. 75(10): 1452-3; 2007
6. Hutching F.L. Jr. Uterine fibroids. Diagnosis and indications for treatment. Obstet. Gynecol. Clin. North. Am. 1995; 22(4): 659-65.

7. Rein M.S. Advances in uterine leiomyome research: the progesterone hypothesis. Environ Health Perspect. 2000.108 (suppl.): 791-793.

8. Shutter J., Wright T. C., \Int. J. Gynecol. Pathol. -2005. –Vol. 24. N 4. – P 313-318.

THE FEATURES OF ACCOMPANYING WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH SUBMUCOSAL MYOMA OF UTERUS

T. A. GUSTOVAROVA, L.A. SCHERBAKOVA,
S.B. KRYUKOVSKY, D.A. BURAK

Smolensk State Medical Academy

The 87 patients of reproductive age after myoectomy of submucosal myoma of uterus were observed. The immunohistochemic study determined a differences in estrogen, progesterone receptors expression and the proliferative activity according to Ki-67 as vascular bed area in tissue of normal endo- and myomae combining together endometrium hyperplasia. The hormone therapy in postoperation period allowed to reduce the disease relapse frequency and to conserve the reproductive health in women.

Key words: reproductive age, submucosal myoma of uterus, myoectomy.

УДК 004.891.3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕВЫХ КЛАССИФИКАТОРОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕРОЯТНОСТИ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Е.М. ЛОБЫНЦЕВА*, А.Л. ЛОКТИОНОВ**, А.И. КОНОПЛЯ**,
В.Н. ЛОПИН*

Использован нейросетевой подход анализа результатов обследования пациентов острым панкреатитом, основанный на применении самообучающихся нейроструктур. С помощью нейросетевого классификатора проведена оценка тяжести течения и вероятности летального исхода в зависимости от этиологии острого панкреатита. Установлено более тяжелое течение и высокая вероятность неблагоприятного результата лечения при небилиарной форме этого заболевания. Преимущество методики в необходимости использования минимального количества физических и анамнестических данных с целью прогнозирования течения и исхода заболевания.

Ключевые слова: острый панкреатит, нейросеть, прогнозирование, подход, анализ.

В настоящее время во многих отраслях медицины прогнозирование приобретает все большую значимость. В хирургической практике это обусловлено возрастающим процентом лиц, поступающих в стационар в тяжелом состоянии с высоким риском летального исхода. Кроме того, большинство предлагаемых в настоящее время оценочных систем разработаны для широкого спектра патологических состояний, не учитывающих особенности течения отдельных хирургических заболеваний и достаточно грубо адаптированных к условиям хирургической клиники, а также невоспроизводимых в некоторых стационарах из-за отсутствия необходимого оборудования. В этой связи становится актуальной разработка унифицированных систем для отдельных видов хирургической патологии, позволяющих не только оценить риск летального исхода, но и наиболее вероятную этиологию того или иного заболевания и его осложнения.

Для решения этой задачи наиболее подходящим является нейронная сеть, которая «на выходе» будет выдавать вычисленные оценки апостериорных вероятностей классов, что очень важно для построения правила выбора оптимального решения. После того как сеть обучена на размеченном обучающем множестве, «на выходе» она выдает апостериорные вероятности. Надо отметить, что преимуществами этого метода являются: простота в использовании, возможность воспроизводить чрезвычайно сложные зависимости.

Цель исследования – разработка системы прогнозирования тяжести течения и вероятности летального исхода в зависимости от этиологии острого панкреатита с использованием ней-

* Курский государственный университет, 305000, Курск, ул. Радищева, 33

** Курский государственный медицинский университет, 305041, Курск, ул. К.Маркса, 3