

4. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002 г. Москва: Атмосфера, 2002. 160 с.
5. Ильина Н. И., Хаитов Р. М. Эпидемия аллергии, астмы – в чем причина? // Астма. Т. 2, № 1. Сентябрь 2001 г. С. 35–38.
6. Мачарадзе Д. Ш., Сепиашвили Р. И. Эпидемиология бронхиальной астмы у детей по данным литературы и программы ISAAC // Астма. Т. 1. № 1. Сентябрь 2000 г. С. 44–51.
7. Пыцкий В. И., Адрианова Н. В., Артамосова А. В. Аллергические болезни. М.: Триада Х. 1999. 470 с.
8. Сундатов Т. В., Григорьева В. В., Аббасов А. Г., Ханфeryan Р. А. Аллергические заболевания дыхательных путей у детей, проживающих в Краснодарском крае // Российский аллергологический журнал. № 2, 2004. С. 67–71.
9. Федорович С. В. Профессиональная бронхиальная астма у медицинских работников. Европейский конгресс по астме: Научные труды // Астма. 2001. Т. 2, № 1. С. 207.
10. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. М.: Медиа Сфера, 1998. 352 с.
11. ARIA. Allergic rhinitis and its impact on asthma. WHO initiative, 2001.
12. Asher M. I. et al. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). ISAAC Steering Committee // Clin. Exp. Allergy. 1998; 28. Suppl 5:52. 66 p.
13. Bousquet et al. // J. Allergy Clin. Immunol., 2001; 108. P. 1–315.
14. Erika von Mutius, Anderson R., Asher I., Beasley R., Pearce N., Hywel Williams Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the ISAAC // Thorax. 2000. Vol. 55. P. 449–453.
15. Lebowitz M., Holberg C., Martintz F. A longitudinal study of risk factors in asthma and chronic bronchitis in childhood // Eur. J. Epidemiol. 1990. Vol. 6. № 4. P. 341–347.
16. Rhoads H. L., Thomas P. et al. A birth cohort study of subjects at risk atopy; a twenty-two-years follow-up of wheeze and atopic status // Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2002; 165:176. P. 80.

**V. V. GRIGORJEVA,
R. A. KHANFERYAN, T. V. SUNDATOVA**

THE PREVALENCE OF ALLERGIC DISEASES IN KRASNODAR REGION

Background: In some studies done in some regions of Russia based on ISAAC program, it has been shown that the prevalence of allergies is significantly higher than indicated in official statistics of health departments.

Methods: This study was done in two steps according to ISAAC program guidelines. In the first step a questionnaire was given to a total of 6,205 school children in two age groups: from 7 to 8 years old (group A) – 2,975 children and from 13 to 14 years old (group B) – 3,230 children and 266 medical students of KSMA (group C). In the second step a physical exam and skin prick tests were performed.

Results: Wheezing was reported in $12,9 \pm 0,61\%$ of group A, $14,7 \pm 0,62\%$ of group B and $11,3 \pm 1,94\%$ of group C within the past 12 months. The severity of asthma reported was mild in 72% (group A), 84% (group B) and 89% (group C), moderate in 16,7% (group A), 10,7% (group B) and 8,5% (group C) and severe in 3,4% (group A), 5,8% (group B) and 5,2% (group C) in studied. Allergic rhinitis symptoms were noted in $26,6 \pm 0,50\%$ (group A), $38,6 \pm 0,62\%$ (group B) and $30,8 \pm 2,84\%$ (group C). Atopic dermatitis symptoms with skin itching observed in 8,3% (group A), 5,3% (group B) and $9,0 \pm 1,76\%$ (group C).

Conclusion: The prevalence of allergic rhinitis in South Russia is similar to the ones in most of the European countries. The prevalence of asthma has been associated with increased incidence of allergies, due to indoor and pollen allergens.

Key words: asthma, allergic rhinitis, dermatitis, children, ISAAC.

Т. Г. ГЮРДЖИАН

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НЕРЕКОНСТРУКТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Кафедра сердечно-сосудистой хирургии и кардиологии
Кубанского государственного медицинского университета**

Введение

Количество больных облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей соответствует 2–3% от общей численности населения, при этом более чем у 80% пациентов причиной ишемии является атеросклероз [3, 5, 7, 12, 19].

При лечении указанных больных самой сложной остается проблема окклюзирующих поражений инфраингвинальных отделов магистрального артериального русла, особенно артерий голени и стопы [16, 10, 17]. Это связано с тем, что при поражениях дистальных отделов часто оказываются неприменимы как методы традиционной реваскуляризации, так и современные способы рентгенэндоваскулярной дезоблитерации

[8, 1, 11]. Эффективность реконструктивных вмешательств при дистальной форме поражений оставляет желать лучшего, у пациентов же с критической ишемией при тотальном поражении берцовых артерий указанные операции почти в половине случаев заканчиваются неудачей с последующей высокой ампутацией конечности у 30% больных, при этом летальность может достигать 40% [6, 14].

В этих условиях практически единственным шансом сохранения конечности остаются такие нереконструктивные вмешательства, как поясничная симпатэктомия (ПСЭ) и реваскуляризирующая остеотомия (РОТ) [2, 9, 4, 18, 13, 15, 20, 21].

Однако среди клиницистов до сих пор существуют

разногласия относительно их роли в лечении хронической ишемии нижних конечностей (ХИНК), поэтому изучение результатов этих операций (прежде всего отдаленных) имеет важное значение для оптимизации тактики хирургического лечения указанных больных, что и послужило целью нашей работы.

Методика исследования

Проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 150 мужчин в возрасте от 43 до 82 лет с атеросклеротическими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей. На момент последней госпитализации ХИНК у всех пациентов соответствовала II Б – IV степеням по классификации А. В. Покровского (1978), т. е. была декомпенсированной.

Изучение состояния артериального русла нижних конечностей состояло из ангиологического осмотра и комплекса инструментальных методик:

- реовазографии нижних конечностей;
- ультразвуковой доплерографии со спектральным анализом и сегментарным измерением регионарного систолического давления;
- дуплексного сканирования с цветным картированием кровотока;
- лазерной доплерфлуометрии нижних конечностей;
- рентгеноконтрастной ангиографии брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

По результатам обследования у всех пациентов отсутствовали возможности для выполнения реконструктивных операций, что связано с обширными окклюзионно-стенотическими поражениями берцово-стопного сегмента. При этом у 82 (54,7%) пациентов имелись изолированные гемодинамически значимые поражения артерий голени и стопы (дистальный тип), у 68 (45,3%) больных наряду с этим выявлены гемодинамически значимые стенозы и окклюзии аортоподвздошного и бедренно-подколенного сегментов (распространенный тип).

Всего выполнено 290 различных вмешательств (таблица), основная часть которых представлена ПСЭ и РОТ либо в качестве самостоятельного вмешательства, либо в различном сочетании. У некоторых больных указанные вмешательства дополнялись катетеризацией нижней надчревной артерии (ННА) по типичной методике для проведения длительной внутриартериальной инфузии лекарственных препаратов. Кроме того, в единичных случаях произведена резекция задних большеберцовых вен и резекция дистального анастомоза (РДА)

с пластикой глубокой артерии бедра (после предшествующих в анамнезе реконструктивных операций на аортобедренном сегменте).

Следует отметить, что общий объем выполненного хирургического лечения при дистальных поражениях оказался больше, среднее количество оперативных вмешательств на одного пациента составило при дистальных поражениях 2,09, при распространенных – 1,73, в целом – 1,93.

Результаты исследования

Результаты вмешательства после 6 месяцев от момента операции считались отдаленными и прослежены нами в течение 4 лет. При этом для оценки результатов мы использовали собственную шкалу с учетом более ограниченных возможностей нереконструктивных операций в плане коррекции ишемических расстройств (по сравнению с реконструктивными вмешательствами).

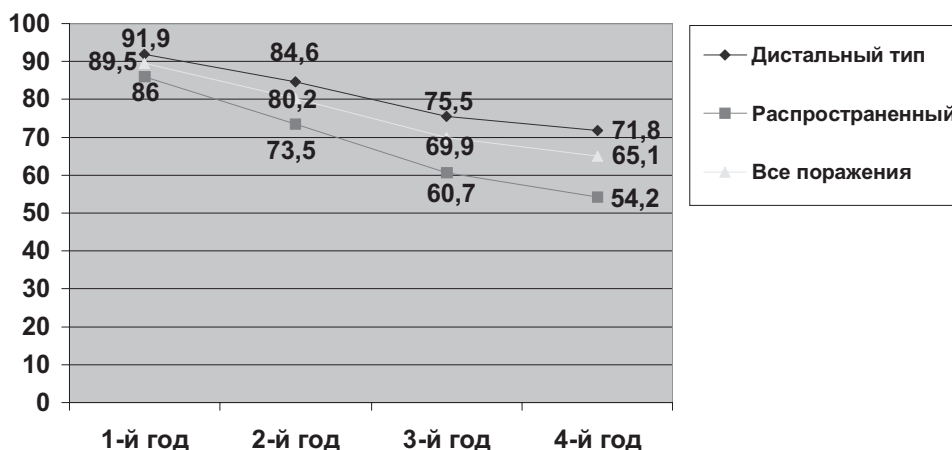
По этой схеме хорошим результатом мы считали уменьшение исходной ишемии конечности до предыдущего уровня по классификации А. В. Покровского. Если после нереконструктивного вмешательства увеличивалась не менее чем в 1,5 раза начальная и максимальная дистанция ходьбы и (или) купировались боли покоя, однако степень ишемии оставалась прежней, то результат считался удовлетворительным. У пациентов с наличием IV степени ишемии достижение удовлетворительного результата позволяло выполнить прогнозируемую некрэктомию или малую ампутацию с сохранением функциональной стопы. При отсутствии эффекта от выполненного оперативного вмешательства результаты расценивались как неудовлетворительные.

Итак, отдаленные результаты отслежены нами у 97 больных, что составило 92,4% от общего количества пациентов (105) с ближайшими положительными результатами. При этом для более адекватной оценки возможностей нереконструктивных вмешательств и изучения стабильности достигнутых положительных результатов в отдаленном периоде нами использован «актуарный» метод (рисунок). Следует отметить, что у всех больных с сохраняющимся эффектом оперативного лечения отсутствуют боли покоя, они самостоятельно передвигаются, обслуживают себя в быту. Все эти пациенты получают курсы консервативной терапии 2 раза в год.

Как видно из приведенной диаграммы, имеется увеличивающаяся с течением времени разница в стабильности достигнутых результатов при различных типах поражения магистральных артерий нижних конечностей. При этом, хотя к концу наблюдения

Оперативное лечение декомпенсированной ХИНК

Операция	Группы больных				Всего
	1	2	3	4	
ПСЭ	31 (55,4%)	29 (34,1%)	33 (39,3%)	29 (44,6%)	122 (42,1%)
РОТ	23 (41%)	36 (42,4%)	21 (25%)	10 (15,4%)	90 (31%)
Катетеризация ННА	–	15 (17,6%)	28 (33,3%)	26 (40%)	69 (23,8%)
Резекция берцовых вен	–	2 (2,4%)	2 (2,4%)	–	4 (1,4%)
РДА	2 (3,6%)	3 (3,5%)	–	–	5 (1,7%)
Всего	56 (100%)	85 (100%)	84 (100%)	65 (100%)	290 (100%)



Стабильность положительных результатов

разрыв между указанными параметрами оказался достаточно существенным – 71,8% и 54,2%, достоверных различий при статистической обработке не выявлено ($p > 0,05$).

Обсуждение

Доминирующая на сегодняшний день в сосудистой хирургии концепция «максимальной реваскуляризации» нацеливает ангиохирургов при наличии атеросклеротических поражений брюшной аорты и артерий нижних конечностей на выполнение многочасовых травматичных классических реконструктивных операций. Однако условия для их проведения имеются далеко не во всех случаях, что обусловлено, с одной стороны, распространенным поражением дистального артериального русла конечности, с другой – наличием у многих пациентов тяжелой сопутствующей патологии. Поэтому часто единственным шансом сохранения конечности в повседневной клинической практике остаются традиционные нереконструктивные операции, прежде всего ПСЭ и РОТ.

Как показывает наш опыт, при невозможности проведения реконструктивных операций широкое использование указанных вмешательств позволяет сохранить конечность и обеспечивает отдаленные положительные результаты лечения более чем у 60% пациентов с декомпенсированной ХИНК. При наличии изолированных дистальных поражений положительные результаты превышают 70%, при распространенных поражениях – 50%.

На наш взгляд, это неплохие результаты, так как в основном речь идет о пациентах с критической ишемией, обреченных на высокую ампутацию конечности. Это позволяет рекомендовать широкое клиническое применение нереконструктивных вмешательств при ХИНК.

ЛИТЕРАТУРА

- Алехин Д. И., Вардугин И. В., Деева Е. В. Лазерная остеотренировка в комплексе паллиативных операций спасения конечности: Материалы 16-й Международной конф. Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Москва, 2005. С. 11–12.
- Белкин А. А., Попов В. А. Реваскуляризирующая остеотренировка в лечении критической ишемии конечностей при многоэтажных поражениях: Материалы научн. конф. «Хроническая критическая ишемия конечности». Москва – Тула, 1994. С. 24–25.
- Белов Ю. В., Сандриков В. А., Косенков А. Н. и др. Хирургическое лечение больных с хронической критической ишемией нижних конечностей атеросклеротической этиологии // Хирургия. 1997. № 2. С. 45–51.
- Булынин В. И., Самодай В. Г., Моренко А. И. Хирургическое лечение больных в терминальных стадиях окклюзирующих заболеваний периферических артерий нижних конечностей: Материалы Международной конф. «Реконструктивные операции

у больных с критической ишемией» // Ангиология и сосудистая хирургия (приложение). 1998. № 2. С. 149–150.

- Бурлева Е. П., Смирнов О. А. Размышления по поводу хронической критической ишемии конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 1999. № 1. С. 17–21.

- Гавриленко А. В., Скрылев С. И., Кузубова Е. А. Артериализация поверхностного венозного кровотока голени и стопы как альтернатива ампутации при критической ишемии нижних конечностей и несостоятельности дистального сосудистого русла // Ангиология и сосудистая хирургия. 2001. № 1. С. 49–53.

- Герасимов В. Г., Попов С. В., Веденев А. А. и др. Хирургическое лечение критической ишемии нижних конечностей // Критическая ишемия. Итоги XX века: Материалы III конгресса северных стран и регионов. Петрозаводск – Париж, 1999. С. 79–80.

- Зверхановская Т. Н., Прозоров С. А., Баймагамбетов А. К. Результаты рентгенэндоваскулярного метода лечения больных со стенозами артерий нижних конечностей // Ангиология и сосудистая хирургия. 1995. № 2. С. 56.

- Зусманович Ф. Н., Дмитриев В. М. Показания и противопоказания к реваскуляризирующей остеотренировке (РОТ) в лечении хронической артериальной недостаточности конечностей: Материалы Международной конф. «Новые направления в ангиологии и сосудистой хирургии» // Ангиология и сосудистая хирургия. 1995. № 2. С. 11.

- Каримов Ш. И., Турсунов Б. З., Зокирхонов Ш. Д. Тактика хирургического лечения больных с гангреной нижних конечностей при поражениях бедренно-подколенно-тибиального сегментов артериального русла: Материалы 16-й Международной конф. Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Москва, 2005. С. 161–162.

- Карпов А. В., Дюжиков А. А., Захаров В. И. Способ хирургического лечения критической ишемии при окклюзиях артерий голени: Материалы 16-й Международной конф. Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Москва, 2005. С. 158–159.

- Кательницкий И. И. Выбор метода хирургического лечения больных с облитерирующими поражениями атеросклерозом артерий нижних конечностей: Материалы 14-й Международной конференции Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов // Ангиология и сосудистая хирургия (приложение). 2003. № 3. С. 148.

- Кохан Е. П., Пинчук О. В., Митрошин Г. Е. Эффективность поясничной симпатэктомии в зависимости от степени исходной ишемии облитерирующего атеросклероза // Критическая ишемия. Итоги XX века: Материалы III конгресса северных стран и регионов. Петрозаводск – Париж, 1999. С. 101.

- Леменов В. Л., Свинтрадзе Р. Г., Казаков Э. С., Кошелев Ю. М. Пути снижения уровня ампутации при декомпенсированной ишемии нижних конечностей // Хирургия. 1989. № 3. С. 20–24.

- Образцов А. В., Козьякин В. В., Рзянин А. В. и др. Паллиативные методы лечения хронической критической ишемии нижних конечностей // Критическая ишемия. Итоги XX века: Материалы III конгресса северных стран и регионов. Петрозаводск – Париж, 1999. С. 117–118.

- Подгайский В. Н., Сербенков С. В., Новицкий И. С. и др. Реконструктивная микрохирургия дистальных окклюзий: Материалы I (V) международного симпозиума «Проблемы микрохирургии». Москва, 2001. С. 55–56.

17. Царев О. А., Прокин Ф. Г., Набегаев А. И., Царева Е. Ю. Возможности снижения уровня ампутации конечности у больных с атеросклеротической гангреной путем прямой реваскуляризации: Материалы 16-й Международной конф. Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов. Москва, 2005. С. 319–320.

18. Шор Н. А., Жаданов В. И. Поясничная симпатэктомия у больных облитерирующим атеросклерозом при тяжелой ишемии нижних конечностей: Материалы Международной конф. «Реконструктивные операции у больных с критической ишемией» // Ангиология и сосудистая хирургия (приложение). 1998. № 2. С. 229–230.

19. Luther M. Surgical treatment of chronic critical leg ischaemia. A five-year follow-up of survival, mobility, and treatment level // Eur. J. Surg. 1998. Jan. № 164 (1). P. 35–43.

20. Sorensen St., Schoeder T. When revascularization is not possible // Crit. Ischaemia. 1995. № 4 (3). P. 89–92.

21. Vayssairat M., Gouny P., Baudot N. et al. Arterite distale des membres inferieurs: sympathectomie lombaire // J. des Maladies Vasculaires. 1994. № 19. P. 174–177.

T. G. GJURDZHIJAN

POSTPONING RESULTS OF UNRECONSTRUCTED INTERVENTION UNDER DECOMPENSATIVE CHRONICLE ISCHEMIA OF LOWER EXTREMITIES

Resume: The work is dedicated to the problem of surgical treatment under decompensative of chronicle ischemia in lower extremities under atherosclerotic injuries of main arterial bed. In this case reconstructed operations are not possible. On the basis of analysis of postponing results in 290 traditional unreconstructed operations of 150 patients the author recommends their wide use above mention situations. In this situation they are worked their own scale of estimation.

Key words: chronicle ischemia of lower extremities, atherosclerosis, unreconstructed intervention.

И. А. ЖДАНОВА, О. В. ДОЛБНЕВА, И. А. СОЛТЫЕВА, Т. Д. ЗУБКОВСКАЯ

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ НР-АССОЦИИРОВАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Детская краевая клиническая больница, г. Краснодар

Связь наличия *Helicobacter pylori* (НР)-инфекции и развития гастродуоденальной патологии не оставляет сомнений у гастроэнтерологов [1, 3]. Частота выявления *H. pylori*-инфекции у детей 7–11 лет с заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта превышает 50%, у старших детей – почти 80% [6, 13].

При поверхностных поражениях слизистой гастродуоденальной зоны НР обнаруживается у 36–81% детей, при деструктивно-язвенных изменениях – в 90–100% наблюдений. Инфицированность НР пропорционально увеличивается с возрастом детей и длительностью заболевания [15, 17]. Бактерия может персистировать в организме человека до тех пор, пока не будет проведена эрадикационная терапия.

Эрадикация НР является основой терапии заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта, ассоциированных с данной инфекцией. В соответствии с современными положениями лечение НР-инфекции должно быть экономически доступным для больного, хорошо переноситься, обеспечивая достаточно высокую частоту эрадикации НР (не менее 80%) (16, 20). Длительность такой терапии должна составлять не менее 7 дней.

Наиболее широко используется трехкомпонентная схема с ингибитором протонной помпы (ИПП) и двумя антибиотиками. Действие этих препаратов направлено как на снижение кислотообразующей функции желудка, так и на уничтожение РН на слизистой оболочке.

ИПП не обладают антихеликобактерной активностью, но их действие направлено на повышение pH желудочного секрета. При этом вегетативные формы НР, существующие на поверхности слизистой оболочки антрального отдела желудка, защищающие себя от воздействия кислоты аммиачной оболочкой, в щелочных условиях погибают под воздействием образованного

ими же аммиака. Происходит своеобразное «самоубийство» НР. Те бактерии, которые сохранились в фундальном отделе в виде кокков, при увеличении pH в желудке переходят в вегетативную форму и становятся доступными воздействию антибиотиков. Таким образом, ИПП, не оказывая прямого влияния на НР, создают условия для воздействия на них антибиотиков [18, 23]. При использовании сочетания омепразола с макролидами (кларитромицин, рокситромицин) отмечается повышение биодоступности обеих групп препаратов, что увеличивает воздействие макролидных антибиотиков на НР. Комбинации ИПП с другими антибактериальными препаратами синергизма не проявляют, именно поэтому наиболее эффективными и в то же время самыми короткими (до 7 дней) являются схемы лечения, включающие в свой состав ИПП и макролиды [18, 21].

Схемы тройной терапии, основанные на применении ИПП и антибактериальных препаратов (кларитромицин/хиконцил, амоксициллин/фромилит), в настоящее время считаются наиболее удачными [4, 5, 10, 11]. Они дают стабильно высокий процент эрадикации инфекции НР, подразумевают двухрежимный прием лекарственных средств, что очень удобно для пациентов. Применение ИПП сопровождается быстрым исчезновением боли и диспепсических симптомов. Кроме того, выбор данных препаратов сделан на основе многолетнего наблюдения за эффективностью применения лекарственных средств у пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ДПК) по двум критериям: соотношению цена/качество и переносимости пациентами [11]. Европейское общество педиатров по изучению *H. pylori* (ESPGHN) отдает предпочтение использованию эрадикационных трехкомпонентных схем, сочетающих ИПП и два антибиотика [19].