

отвесный, нависающий гребни. С учетом этого фактора меняется как способ фиксации, так и сама конструкция полного СПП.

Перед протезированием надо определить межальвеолярное расстояние в состоянии физиологического покоя; пальпировать височно-нижнечелюстные суставы в покое и при открывании рта; исследовать ортопантограмму. Если суставные ямки глубокие, необходимо моделировать у больного глубокий прикус, при плоских – прямой, при умеренно выраженных – ортогнатический. Изучая строение альвеолярных отростков, решают вопрос о постановке СПП на искусственной десне или на приточке – в зависимости от степени атрофии. Пальпируя СО, определяют степень податливости на альвеолярных отростках, твердом и мягком небе, буграх, решая, какой вид слепка избрать в данной клинической ситуации (компрессионный, разгружающий). При наличии острых болезненных экзостозов, подвижных тяжей СО вместо альвеолярных отростков, при мелком преддверии, высококом прикреплении уздечек языка или губ рекомендуется осуществить предварительные хирургические мероприятия. Противопоказанием для начала протезирования больных с полным отсутствием зубов являются выраженные острые воспалительные повреждения СО полости рта. На устойчивые корни нижней челюсти, запломбированные до верхушки, изготавливают штифтовые зубы, корни на верхней челюсти рациональнее удалить, потому что они мешают в создании замыкающего клапана.

Статистическая обработка данных велась на ПК Pentium III с использованием системы статистического анализа PC – SAS, Excel 6.0. Определяли среднюю арифметическую (М), среднеквадратичное отклонение (g), ошибку средней (m). Доверительность (p) различий двух выборок оценивали с помощью критерия Стьюдента (t). Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Таблица

Динамика проведенных исследований цитокинов

Цито- кины	Норма	До протези- рования	После протези- рования через 7 дней	После протези- рования через 6 мес.
TNF-a	10,3± 4,2	45,9± 6,4	37,1± 5,1	22,53±2,71
IL-4	16,2± 5,2	84± 24	62,89± 13,1	25,3±4,6
sIgA	207± 32,1	327,4±34,7	353,3± 13,5	194,3±23

До протезирования шло повышение противовоспалительного цитокина TNF-a, т.к. имела воспалительная реакция на раздражение протезного ложа старыми протезами (механическое воздействие – микротравмы; активируется бактериальная флора, т.к. в пожилом возрасте содержание лизоцима в слюне снижено, как и бактериальная активность слюны). Он важный медиатор местного воспаления, нужный для локализации инфекции. Он активирует синтез иммуноглобулина sIgA (активация фагоцитоза и антителообразования) и систему комплемента, а также рост уровня противовоспалительного цитокина IL-4 – он содержит воспалительные реакции, активируя гуморальный иммунитет.

Через 7 дней после протезирования происходит значительное понижение показателей противовоспалительных цитокинов, но sIgA остается достаточно еще высоким, он не так активно реагирует на изменение, как цитокины. По Курлянскому это соответствует 3 фазе адаптации к полному СПП (фаза полного торможения). В эту фазу уменьшается саливация, нормализуется фонация, отсутствует рвотный рефлекс, а губы, щеки и язык не напряжены. IL-4 выступает как индуктор гуморального ответа.

Через 6 мес. после протезирования показатели приходят почти в норму при применении качественных новых СПП. Достигается гомеостаз в ротовой полости, но sIgA несколько снижен потому, что в пожилом возрасте и при повторном использовании СПП подслизистый слой истончен и атрофичен вследствие снижения числа плазматических клеток, которые продуцируют sIgA, либо за счет повышенного использования sIgA, который активно взаимодействует как с бактериальными антигенами, так и с поврежденными клетками протезного ложа или их вновь образованными антигенами. Своевременная замена старых съемных протезов на новые и рост качества изготовления протезов, улучшает адгезию протезов и уменьшает трение (повреждение СО ротовой полости), приводит к снижению активности воспалительного процесса, нормализует биоценоз ротовой полости. У

лиц, повторно устанавливающих полные СПП, адаптация идет быстрее, снижена воспалительная реакция СО протезного ложа.

ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT OF THE ELDERLY PATIENTS HAVING FULL REMOVABLE PLATE DENTAL PROSTHESES ACCORDING TO IMMUNOMETABOLIC PARAMETERS OF THE ORAL FLUID

A.R. ANTONOV, V.T. KARSANOV, M.V. SOTNIKOVA

Summary

Timely replacement of old removable prostheses by new ones and improvement of the prosthesis quality perfect adhesion, decrease prosthesis friction (which induce injury of the oral mcosa), minimize inflammatory process activity, return oral biocenosis to normal.

Key words: oral biocenosis, prosthesis

УДК 616.24-002

ПНЕВМОНИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРИФРОНТОВОГО ГОСПИТАЛЯ

М.М. КИРИЛЛОВ, В.Г. КОКОЕВ, Д.В. СОСНЮК, В.И. ШКУМАТ*

Особенностям пневмоний у военнослужащих посвящено немного публикаций [1–3]. Особенно неразработанным остается вопрос о пневмониях у военнослужащих в прифронтовой зоне Чечни, о влиянии факторов отягощения на течение пневмоний.

Обследовано 467 больных пневмонией, находившихся в пульмонологическом отделении 331-го военного госпиталя с дислокацией в г. Буденновске Ставропольского края в 2000–2001 гг. Коечная мощность госпиталя составляла 250 единиц. Госпиталь был расположен в зоне, непосредственно примыкающей к театру ведения контртеррористических действий на Северном Кавказе. Госпитализация больных шла из медицинских частей и подразделений города Буденновска и Буденновского района, а также из зоны боевых действий. Пневмонии доминировали в составе патологии легких и составляли 85% от общего числа госпитализированных. Больные, обычно с наиболее тяжелыми осложнениями формами пневмоний, после обследования и оказания им неотложной помощи, эвакуировались в Окружной госпиталь в г. Ростов-на-Дону. Среди остальных форм патологии органов дыхания у больных госпиталя можно выделить острый бронхит, хронический обструктивный и необструктивный бронхит, бронхиальную астму. В качестве классификационной основы для создания групп больных применялись положения Международного Консенсуса по пневмониям от 1992 г. и Российского Консенсуса от 1995 г. Среди больных пневмонией были выделены группы с легким, средним и тяжелым течением. Обследованные больные пневмонией относились к ее неболыничной форме.

Больные пневмонией легкого течения составили 282 человека (60,4%), больные пневмонией, имевшей средне-тяжелое течение, – 165 человек (35,3%), больных с тяжелым течением процесса насчитывалось всего 20 человек (4,3%), и в последующий анализ они вошли из-за малочисленности наблюдений. Больных, в анамнезе которых были данные о предшествующих заболеваниях с их возможным отягощающим влиянием на течение пневмонии, было 232. Они составили 52,0% обследованных. Больные, у которых пневмония развивалась на фоне предшествовавших патологических процессов в висцеральной сфере и в др. органах, составили основную группу, больные с развитием пневмонии на интактном фоне – сравнительную. Структура предшествующей патологии представлена в табл. 1.

Дефицит массы тела у больных пневмонией относился 1 и 2 степеням. В группу больных с предшествовавшими и сопутствующими инфекционными заболеваниями были включены случаи часто рецидивирующих ОРВИ, реже – случаи кишечных инфекций, у больных с ЛОР-патологией имелись синуситы, отиты, тонзиллиты. Соматическая группа заболеваний включала хронический бронхит, НЦД, постмиокардитический кардиоскле-

* Саратовский военно-медицинский институт

роз, гипертоническую болезнь, хронический пиелонефрит, хронические гастрит, дуоденит, холецистит, панкреатит, язвенные поражения гастро-дуоденальной зоны. Реже – последствия травмы, эндокринопатии и аллергозаболевания (хроническая крапивница, нейродермит). У ряда больных имелись сочетания предшествующей патологии (особенно часто – с дефицитом массы тела).

Таблица 1

Структура патологии, предшествовавшей пневмонии

Виды предшествующей патологии	абс	%
Дефицит массы тела	85	27,0
Инфекционная патология	66	21,0
Патология сердечно-сосудистой системы	25	7,9
Патология органов дыхания	22	6,9
Патология желудочно-кишечного тракта	35	11,1
Патология почек	6	1,9
Эндокринная патология	6	1,9
Аллергические заболевания	5	1,6
ЛОР – патология	48	15,2
Травма	16	5,1
Прочие	2	1,6
Всего	316 у 232 больных	100,0

Распределение больных пневмонией по социодемографическим показателям было следующим. По возрасту: до 20 лет – 353 чел. (78,9%), 21–30 лет – 67 чел. (14,9%), старше 30 лет – 27 больных, или 6,4%. По сезону заболевания: осень – зима 252 больных, или 56,3%, весна – лето – 195 чел., или 43,6%. По месту призыва: СКВО – 105 чел. (24,9%), Центр Европейской части 184 чел. (44,0%), Урал – Сибирь 132 чел. (31,3%). По характеру военной специальности и условиям службы: связанные с боевой деятельностью – 279 чел. (66,1%), не связанные с боевой деятельностью 143 (33,8%). Источник направления в госпиталь: медрота – 265 чел., или 59,0%, поликлиника – 81 чел., или 18,0%, эвакуация из зоны боевых действий – 55 чел., или 12,3%, прочие (медперсонал воинских частей, самообращение) – 46 чел., или 10,3%. Сроки госпитализации: своевременная (до 3-х дней) – 264 чел., или 59,0%, поздняя (свыше 4-х дней) – 183 чел., или 41,0%. По фактору курения: курящие – 359 чел., или 83,5%, некурящие – 71, или 16,5%. По фактору переохлаждения перед пневмонией: имелось – 390 чел. 91,0%, не имелось – 39 9,0%. Обследование больных проводилось в динамике: в первые 3 суток после поступления (2–5 сутки заболевания), на 7–10 сутки и после 20-х суток, перед выпиской. Основная часть больных после лечения в пульмонологическом отделении проходила здесь же реабилитацию. Исследование роли предшествующей патологии в формировании тяжести течения пневмонии (табл. 2) подтвердило влияние дефицита массы тела, заболеваний ЛОР-органов, инфекционных заболеваний и комбинации факторов отягощения: эти факторы чаще имелись при средней степени тяжести процесса в легких.

Таблица 2

Частота предшествующей патологии как фактора отягощения при пневмониях различной степени тяжести

Факторы отягощения	В том числе при пневмониях:			
	Легкого течения (n = 282)		Средней тяжести течения (n = 165)	
	абс	%	абс	%
Дефицит массы тела	48	17,0	37	22,0*
Инфекционные заболевания	39	14,0	27	16,4
Заболевания сердца	15	5,3	10	6,1
Заболевания легких	13	4,6	9	5,5
Заболевания ЖКТ	25	8,8	10	6,0
Заболевания почек	5	1,8	1	0,6
Эндокринопатии	4	1,4	2	1,2
Аллергические заболевания	2	0,7	3	1,8
ЛОР - патология	25	8,8	23	14,0*
Травма	9	3,2	7	4,2
Комбинация факторов отягощения	23	8,1	26	16,0*

Примечание: * – разница с показателями в группе больных пневмонией с легкой степенью тяжести статистически достоверна (p<0,01)

Определенное значение в формировании тяжести течения пневмонии имели некоторые факторы риска (табл. 3).

Таблица 3

Сопоставление частоты возможных факторов риска при пневмониях различной степени тяжести

Факторы риска	Легкого течения (n = 282)		Средне-тяжелого течения (n=165)	
	абс	%	абс	%
Возраст – до 20 лет	222	79,0	131	79,4
Возраст 21–30 лет	40	14,2	27	16,4
Возраст старше 30 лет	20	7,1	7	4,2
Холодное время года	157	56,0	95	57,0
Зона призыва – СКВО	61	23,2	44	26,6
Зона призыва – Центр России	118	41,8	65	39,4
Зона призыва – Урал, Сибирь	76	26,9	56	34,0*
Курение	238	84,0	121	73,0*
Профессиональный фактор – боевые специальности	175	62,0	104	63,0
Профессиональный фактор – тыловые специальности	107	38,0	61	37,0
Поздняя госпитализация	123	44,0	60	36,0*
Переохлаждение	250	88,6	140	85,0
Эвакуация из зоны боевых действий	39	14,0	16	9,7

Примечание: * – разница с показателями в группе больных пневмонией легкой степени статистически достоверна (p<0,05)

Лица из центральных и северных регионов страны чаще болели пневмонией средней степени тяжести, нежели военнослужащие местного призыва. Преобладание случаев поздней госпитализации лиц с легким течением пневмонии объясняется более частым в этих случаях поздним обращением больных к врачу. Комбинация факторов риска также была более характерна для больных со средней тяжестью пневмонии. Частота основных факторов риска в группах пневмоний с отягощенным и неотягощенным анамнезом мало отличалась (табл. 4). Исключение составляли факторы курения, эвакуации из зоны боевых действий, поздняя госпитализация и переохлаждение, особенно при отягощенном течении пневмоний средней степени тяжести.

Таблица 4

Сопоставление частоты основных факторов риска при пневмониях различной степени тяжести отягощенного и неотягощенного течения

Факторы риска	Легкая ст. (n = 282)				Средне-тяжелая ст. (n=165)			
	Неотягощ. течение (n=142)		Отягощ. течение (n = 140)		Неотягощ. течение (n = 73)		Отягощ. течение (n = 92)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Возраст 18–20 лет (1-й год службы)	112	78,8	111	79,0	57	78,0	75	81,0
Холодное время года	77	54,0	80	57,0	42	57,0	53	57,0
Зона призыва (вне СКВО)	104	73,0	90	64,0*	52	71,0	69	75,0
Курение	119	83,8	119	85,0	51	69,8	70	76,0*
Боевые специальности	89	63,0	86	61,0	51	70,0	53	58,0*
Эвакуация из зоны боевых действий	19	13,0	20	14,0	6	8,2	10	11,0*
Поздняя госпитализация	57	40,1	66	47,0*	23	31,5	35	38,0*
Переохлаждение	128	90,0	122	87,0	57	78,0	83	90,0*
Комбинация факторов	132	93,0	124	88,0	65	89,0	83	90,0

Примечание: * – разница между показателями в группах с отягощенным и неотягощенным анамнезом – статистически достоверна (p<0,1–0,01)

В лечении больных использовались общепринятые схемы, виды и комплексы медикаментозного и немедикаментозного воздействия с учетом фазы заболевания и сроков пребывания больных в стационаре. При наличии сопутствующей патологии (сердца, ЖКТ и др.) объем обследования больных и их лечения соответственно расширялся. Исходы лечения больных пневмонией в госпитале: полное выздоровление – 319 чел. (67,1%), выздоровление с остаточными рентгенологическими проявлениями – 97 чел. (20,8%), затяжное течение – в 7,8% случаев, перевод в другое лечебное учреждение (ОВКГ) – 20 чел. (4,3%).

Особенно важен анализ факторов риска, когда течение пневмонии шло с трофологической недостаточностью (табл. 5).

Таблица 5

Частота основных факторов риска у больных пневмониями, течение которых отягощено дефицитом массы тела

Факторы риска	Легкое течение (n= 282)				Средне-тяжелое течение (n= 165)			
	Неотягощенное течение (n= 142)		С дефицитом массы тела (n=48)		Неотягощенное течение (n=73)		С дефицитом массы тела (n=37)	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Возраст до 20 лет	112	78,8	39	81	57	78,0	32	86,0*
Боевые специальности	89	63,0	34	71*	42	57,0	21	57,0
Эвакуация из зоны боевых действий	19	13,0	9	19*	6	8,2	5	14,0*
Поздняя госпитализация	57	40,1	29	60*	23	31,5	13	35,0
Холодное время года	77	54,0	35	73*	44	55,0	18	48,8*

Примечание: * – статистически достоверная разница между показателями в группах с неотягощенным течением пневмонии и течением, отягощенным дефицитом массы тела

Анализ подтверждает несомненное значение дефицита массы тела в концентрации неблагоприятных факторов риска. В случаях комбинации последних у больных с дефицитом массы тела их частота достигала 92,0 и 76,0% – в случаях легкого и средне-тяжелого течения пневмонии соответственно. Специфическое значение имеет оценка особенностей влияния факторов риска и предшествующей патологии на течение пневмонии у доставленных в госпиталь из зоны боевых действий (табл. 6).

Таблица 6

Характер предшествующей патологии и факторов риска у больных пневмониями, доставленных из зоны боевых действий

Факторы риска и отягощения	Группы больных			
	Из зоны боевых действий (n= 55)		Из медицинских частей гарнизона г. Буденновска (n= 392)	
	абс	%	абс	%
Возраст до 20 лет	42	76,0*	310	69,3
Холодное время года	30	54,5*	222	49,6
Условия боевой деятельности	35	63,6*	244	54,5
Поздняя госпитализация	20	36,4	163	36,4
Переохлаждение	47	85,0*	343	76,7
Инфекционные заболевания	6	11,0	60	13,4
Заболевания легких	1	1,8	21	4,7
Дефицит массы тела	14	25,0*	71	15,9

Примечание: * – p<0,01

Приведенные данные подчеркивают значение сочетанного влияния факторов риска и предшествующей патологии, особенно дефицита массы тела, в условиях эвакуации больных пневмонией

из зоны боевых действий. Проведенный анализ выявляет значимость как факторов риска, так и предшествующей патологии, и оправданность учета этих влияний в оценке тяжести клинического течения пневмонии у военнослужащих в условиях прифронтового госпиталя.

Литература

1. Семенов В.В. Некоторые аспекты этиопатогенеза, клиники, лечения вирусно-бактериальных пневмоний у лиц молодого возраста с пониженным питательным статусом: Автореферат дис... канд. наук.– Саратов.– 2000.–15 с.
2. Новоженков В.Г. Пневмония у военнослужащих / В кн.: Пневмония.– М, 2002.– С. 237–265.
3. Кириллов М.М. и др. // ВММТ.–2004.– № 3.– С. 38–39.

PNEUMONIA IN SERVICEMEN UNDER CONDITIONS OF A FRONT-LINE HOSPITAL

M.M. KIRILLOV, V.G. KOKOEV, D.V. SOSNYUK, V.I. SHKUMAT

Summary

Data set out in the article emphasize the significance of a combined effect of risk factors and preceding pathology (in particular, when body mass deficiency takes place) in the case of evacuation of servicemen with pneumonia out of a zone of military operations.

Key words: front-line hospital, pneumonia

УДК 616.147.22.-007.64-036.87-089.12

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ СЕМЕННОЙ ВЕНЫ ПРИ РЕЦИДИВЕ ВАРИКОЦЕЛЕ

Б.А. АНАНИН*

Введение. Выбор способа хирургического лечения варикозного расширения вен семенного канатика является сложной задачей для хирургов и урологов в связи с дискутабельностью вопросов этиологии, патогенеза и возможностью хирургической коррекции его многочисленными способами [3, 7]. Несмотря на огромное число способов хирургического лечения больных варикоцеле, частота послеоперационных рецидивов и осложнений остается высокой и колеблется от 0,9% до 30%. Рецидивы варикоцеле часто (более 90%) связаны с техническими погрешностями во время выполнения оперативных вмешательств [9]. Часто перевязывается только одна из дополнительных ветвей яичковой вены или, наоборот, основной ствол перевязывается, а дополнительные ветви остаются интактными. Затем дополнительные стволы расширяются и ведут к рецидиву болезни [10].

Большое число способов лечения и высокий процент неудовлетворительных результатов говорят о том, что проблема лечения варикоцеле еще далека от разрешения. Это определяет поиск новых диагностических и лечебных приемов. Последнее десятилетие характеризуется широким внедрением лапароскопических операций в хирургию, гинекологию и урологию. Преимущества лапароскопического метода при многих заболеваниях в хирургии сомнений не вызывают [1, 4, 8]. Лапароскопические операции при варикоцеле применяются как альтернатива традиционным, и эффективность их доказана. Успешно применяется лапароскопическая резекция семенной вены у пациентов с двухсторонним варикоцеле. Актуально лапароскопическое лечение рецидивного варикоцеле, но этому вопросу посвящены лишь единичные работы и требуется дальнейшее его изучение [2].

Вопросы этиологии и патогенеза варикоцеле, оценка функционального состояния почек до и после операции по поводу варикоцеле до сих пор являются предметом обсуждения урологов и определило необходимость проведения наших исследований.

Гистологически доказано, что на участке внутреннего пахового кольца семенная вена чаще имеет множественные стволы,

* Городская клиническая больница №11 г.Рязань ул. Новоселов д. 27/17, тел. 41-68-23, 41-40-22