



тканей, мембраностабилизирующим действием, корректирующим влиянием озона на систему гемостаза, а также тем, что озон способен окислять биологически активные соединения (содержащие двойные связи, в частности, арахидоновую кислоту и простагландины), участвующие в развитии и поддержании воспалительного процесса [5].

Полученные данные свидетельствуют о достаточной практической значимости формул для определения «коэффициента асимметрии» конечности и «коэффициента уменьшения отека», расчеты по которым позволяют более адекватно судить о динамике отека конечности как до, так и после лечения. Эти методы простые, доступные и не создают неудобств больному.

Выводы

1. Уменьшение локального отека у больных с рецидивирующей рожой нижних конечностей в динамике заболевания происходит медленнее, чем у пациентов с первичной формой. Это можно связывать с более глубокими патогенетическими нарушениями, происходящими при повторных рецидивах болезни.

2. Для объективной клинической оценки тяжести течения рожи, эффективности лечения необходимо в динамике заболевания определять выраженность локального отека с помощью антропометрических методов.

3. Применение системной озонотерапии в комплексном лечении больных рожей способствует более быстрому и значительному уменьшению локального отека конечности.

Применение лимфосцинтиграфии в диагностике нарушений лимфообращения после перенесенной рожи нижних конечностей

В. Л. ПАЙКОВ, Р. А. БАШИРОВ, О. Л. ПАЙКОВА.

Кафедра инфекционных болезней КГМУ, Лаборатория радиоизотопной диагностики РКБ МЗ РТ.

Изучение проблемы рожи по-прежнему не теряет своей актуальности и остается в центре внимания врачей многих специальностей. Особенности рожи в настоящее время заключаются в увеличении рецидивирующих форм болезни до 40%, особенно при локализации процесса в области нижних конечностей, что нередко приводит к нарушению лимфооттока и развитию лимфатического отека. Неконтролируемое увеличение отека конечности постепенно приводит к инвалидизации пациента [1, 2, 7, 8].

Неудовлетворительные результаты имеющихся методов лечения больных рожей нижних конечностей во многом определяются тем, что до настоящего времени многие моменты патогенеза и характера нарушений регионарного лимфообращения остаются неизученными. Требуют дополнительного изучения методы диагностики. Следствием этого является отсутствие четко определенной тактики лечения данной патологии [1].

В настоящее время лидирующее место в диагностике состояния лимфатической системы у больных с отеками нижних конечностей является лимфосцинтиграфия, позволяющая оценить дренажную функцию лимфатического коллектора, выраженность и уровень блока, механизмы и характер коллатерального лимфооттока [3, 4].

Целью настоящей работы явилось изучение состояния регионарной лимфодинамики после перенесенной рожи нижних конечностей с помощью лимфосцинтиграфии.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 30 больных, перенесших рожу нижних конечностей (6 мужчин и 24 женщин), в возрасте от 20 до 65 лет. Все больные перенесли редко рецидивирующую рожу нижних конечностей.

Регионарное лимфообращение исследовали методом лимфосцинтиграфии по А. В. Каралкину, С. В. Ширяеву [3] с ее качественной и количественной характеристикой. В качестве радиофармпрепарата (РФП) применяли ^{99m}Tc -сульфид рения (ТСК-17) в объеме 0,1-0,3 мл. Обследование проводили в гамма-камере. При положении больного на спине РФП вводили внутрикожно в первый межпальцевый промежуток стопы. Исследование выполняли в 2 этапа — в покое и после физической нагрузки (ходьбы) [3].

При визуальном анализе скинтиграмм оценивались своевременность и интенсивность контрастирования путей транспорта лимфы, симметричность фиксации изотопа в паховых лимфоузлах, количество функционирующих сосудов, наличие рефлюкса в глубокие, кожные и коллатеральные лимфососуды. Определялись количественные параме-

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбертон И. Н. Лимфенозные анастомозы при лимфэдеме нижних конечностей: Автореф. дис. к.м.н. — Москва, 1981.
2. Биленко М. В. Ишемические и реперфузионные повреждения органов. — Москва, «Медицина», 1989.
3. Бояринов Г. А., Гордеев А. С., Живулин Н. Е. Растворимость и распад озона в физиологическом растворе. // Нижегородский медицинский журнал. — 2000. — № 2. — С. 40-44.
4. Еровиченков А. А., Брик Н. И., Горобченко А. Н. Особенности современной клиники рожи. // Врач. — 2004. — № 2. — С. 32-34.
5. Змызгова А. В., Максимов В. А. Клинические аспекты озонотерапии. — Москва, 2003.
6. Королев М. П., Спасивцев Ю. А., Толстов О. А., Бечвая Л. Д., Чуликов О. В. Комплексное лечение больных с осложненными формами рожи. // Вест. хирургии. — 2000. — № 4. — С. 64-69.
7. Ланкин В. З., Тихазе А. К., Беленков Ю. Н. Свободнорадикальные процессы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. // Кардиология. — 2000. — № 7. — С. 48-61.
8. Фазылов В. Х. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и коррекция его нарушений при роже: Автореф. дис. к.м.н. — Ленинград, 1990.
9. Черкасов В. Л. Рожа. — Ленинград: Изд-во «Медицина», 1986.
10. Фазылов В. Х., Гилмуллина Ф. С., Загидуллина А. И. Рожа: клинико-диагностические и лечебно-профилактические аспекты. // Практическая медицина. — 2004. — № 4 (9). — С. 3-7.

тры: клиренс РФП (в сек.), активность РФП в «депо» (в %), активность РФП в лимфоузлах (в %), а также предложенный нами коэффициент распространения РФП по лимфатическим сосудам — отношение активности РФП в лимфоузлах к активности РФП в «депо». Определение последнего показателя позволяет косвенно судить о скорости распространения РФП по лимфатическим сосудам.

Показатели отека исследовали путем измерения окружности конечности в сантиметрах на уровне 3-х или 4-х сегментов (в зависимости от распространения отека). Регистрировали избыточную величину этих сегментов по сравнению с окружностью тех же сегментов на контралатеральной конечности. Степень лимфатического отека оценивалась по В. Х. Фазылову [6].

Результаты исследований обработаны статистически с вычислением средних величин, средней ошибки, критерия достоверности Манна-Уитни. Для контроля обследовано 5 практикующих здоровых лиц в возрасте от 19 до 60 лет. Средние показатели лимфооттока в контрольной группе составили: клиренс РФП $3000 \pm 102,3$ с, активность РФП в «депо» $30 \pm 1,6\%$, активность РФП в лимфоузлах $12 \pm 0,3\%$, коэффициент РФП $0,40 \pm 0,02$.

Результаты исследований

В периоде реконвалесценции после перенесенной рожи отмечалось ухудшение лимфодренажа, причем, возникающие нарушения находились в прямой зависимости от степени выраженности регионарного отека.

При 1-2 ст. регионарного отека отмечались легкие (5) и среднетяжелые (14) изменения в системе лимфообращения. Анализ лимфосцинтиграмм показал, что наиболее характерным признаком нарушения лимфооттока на нижних конечностях является асимметрия изображения лимфатических сосудов по сравнению со «здоровой» стороной. На пораженной стороне лимфатические коллекторы визуализируются нечетко, с измененным просветом разной степени, нечеткими контурами. Накопление РФП снижено с неравномерным и/или диффузно-неравномерным его распределением. Лимфатические узлы слабо визуализируются, со значительным снижением накопления РФП. Количественная лимфосцинтиграфия подтверждает наличие легкой и среднетяжелой степени расстройства лимфодренажа и характеризуется достоверным повышением клиренса РФП на 23%, активности РФП в «депо» на 33%, достоверным снижением активности РФП в лимфоузлах на 52% и коэффициента РФП на 62,5%.

При высокой степени регионарного отека (3 и 4 ст.) отмечались среднетяжелые (4) и тяжелые (7) изменения в системе лимфообращения: лимфатические коллекторы и лимфатические узлы в основном не визуализируются, регистрируется рефлюкс в глубокие, кожные и коллатеральные лимфососуды. Встречается «обрыв» коллектора на различных уровнях, поступление РФП выше не происходит. Клиренс РФП достоверно повышен на 72%, активность РФП в «депо» на 87%, активность РФП в лимфоузлах достоверно снижена на 95% и коэффициент РФП на 98%.

Выводы

1. Для объективной оценки степени нарушений лимфооттока у больных с лимфатическими отеками после перенесенной рожи нижних конечностей может служить метод лимфосцинтиграфии.
2. У реконвалесцентов после перенесенного рецидива рожи нижних конечностей по данным лимфосцинтиграфии выявлены признаки лимфатической недостаточности.
3. Выраженность нарушений лимфооттока на нижних конечностях после перенесенной рожи зависит от степени регионарного отека.
4. Применение лимфосцинтиграфии после перенесенной рожи нижних конечностей обосновывает проведение коррекции выявленных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горшков С. З., Мусалатов Х. А. Слоновость конечностей и наружных половых органов. — М., 2002.
2. Дедов А. В. Лимфотропная антибиотикотерапия с фармакологическим блоком лимфотока в лечении рожистого воспаления: Автореф. дисс. к.м.н. — Спб, 1999.
3. Лешманова Ю. Б., Чернова В. Н. Радионуклеидная диагностика для практических врачей. — Томск, 2004.
4. Любарский М. С., Шевела А. И., Колпаков М. А. и др. Диагностические методы объективизации и визуализации лимфатических отеков. // Флебологическая. — 2003. — № 17. — С. 8-14.
5. Пайков В. Л. Диагностика и коррекция нарушений регионарной гемодинамики при роже нижних конечностей: Автореф. дисс. к.м.н. — Казань, 2005.
6. Фазылов В. Х. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза и коррекция его нарушений при роже: Дисс. к.м.н. — Л., 1990.
7. Фазылов В. Х., Гилмуллина Ф. С., Загидуллина А. И. Рожа: Клинико-диагностические и лечебно-профилактические аспекты. // Практическая медицина. — 2004. — № 4 (9). — С. 3-7.
8. Черкасов В. Л. Рожа. — М., 1986.

Особенности распространения некоторых гельминтозов и паразитозов у населения Республики Татарстан

А. А. БЕЛОВА, Ф. С. ГИЛМУЛЛИНА, В. Х. ФАЗЫЛОВ, Е. Г. КОЗЛОВА.
Кафедра инфекционных болезней КГМУ.

Актуальность проблемы паразитарных болезней связана с их широкой распространенностью, многообразием негативных воздействий на организм человека и выраженным полиморфизмом клинических проявлений, затрудняющим дифференциальную диагностику болезней, отсутствием стерильного иммунитета и специфических методов профилактики.

Паразитарные болезни, вызываемые гельминтами и простейшими, представляют обширную группу заболеваний, в значительной степени определяющую состояние здоровья населения. По официальным данным ВОЗ, в мире аскаридозом ежегодно поражается около 1,2 млрд. человек, трихоцефалезом до 700 млн. Чаще всего гельминтозами заражаются дети, особенно посещающие дошкольные учреждения, до 20% из которых поражены энтеробиозом [4].

Гельминтозы оказывают многообразное патологическое воздействие на состояние здоровья населения [2]. Они вызывают выраженную аллергизацию, подавляют иммунитет, способствуют развитию вторичных инфекционных и неинфекционных заболеваний. На фоне гельминтозов дети в 2-4 раза чаще болеют острыми кишечными и респираторными заболеваниями. В работах Астафьева [1] показано, что независимо от клинической картины, у инвазированных гельминтами происходят патоморфологические изменения в органах и тканях, нарушаются ферментативная, гормональная, детородная функции, страдает микрофлора кишечника, развивается иммунодефицит, что в конечном итоге сказывается на приспособительных возможностях макроорганизма.

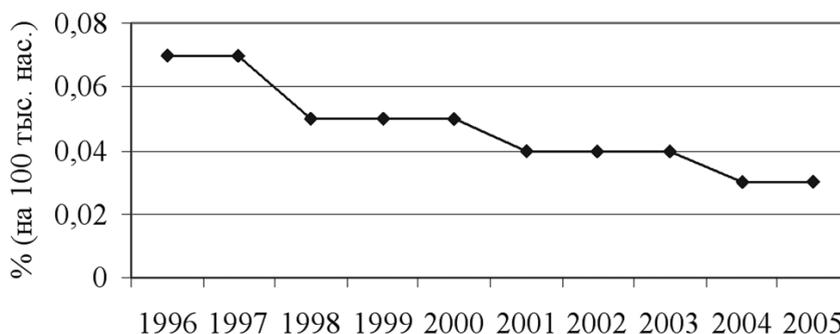
Целью нашей работы явился многолетний эпидемиолого-паразитологический анализ распространенности паразитарных инвазий у населения Республики Татарстан.

По официальным данным, в Республике Татарстан в течение 2004 года выявлено 18978 больных, пораженных гельминтами (в 2003 году — 18404). Суммарный показатель заболеваемости гельминтозами составил 411,1 на 100000 населения. Чаще гельминтозов встречаются только грипп и респираторные заболевания. Но если грипп и респираторные заболевания — это процессы острые, то паразитарные заболевания характеризуются хроническим течением и присутствием чужеродного агента в организме в течение длительного времени, неблагоприятно сказываются на его физическом и психическом статусе.

Этиологическая структура гельминтозов представлена почти 10-ю нозологическими формами заболеваний. По распространенности эти

заболевания разделяются на 2 группы. Первую группу составляют гельминтозы, имеющие массовое распространение: аскаридоз, энтеробиоз. В 2004 году в Республике Татарстан было выявлено 485 человек, инвазированных аскаридами и 14372 человек, пораженных энтеробиозом. На рисунке 1 представлена многолетняя динамика пораженности аскаридозом.

Рисунок 1. Динамика пораженности аскаридозом населения Республики Татарстан



При этой инвазии отмечается умеренная тенденция к снижению пораженности. Тенденция к снижению свидетельствует, с одной стороны, об эффективности профилактических мероприятий, с другой — об уменьшении активности причин, формирующих пораженность. Однако, при гельминтозах подобная оценка не исчерпывается указанными обстоятельствами.

При использовании показателей пораженности, величина которых не зависит от количества обследованных, установлено, что при аскаридозе этот показатель в сторону уменьшения меняется очень слабо. В 1998 году пораженность аскаридозом составляла 0,08%, в 2003 году — 0,06%.

Сходная ситуация отмечается при энтеробиозе. Энтеробиоз является наиболее распространенным гельминтозом и лишь в течение последних 4-х лет показатели пораженности этой инвазии начали уменьшаться (рис. 2).

Таким образом, первая проблема в области паразитарных болезней — это их необычайно широкое распространение.