

приводящего сегмента кишки и адаптацию к кишечному транзиту отводящих отделов желудочно-кишечного тракта. При меконеальной непроходимости выполнение Т-образного анастомоза позволяло применить инстилляцию ферментов, размягчающих мекониевые массы. Заворот тонкой кишки приводил к острому нарушению мезентериального кровотока, вследствие чего в кишечной стенке на обширном протяжении происходили необратимые изменения, часто сопровождавшиеся множественными перфорациями и гангреной кишки. В этих условиях формирование первичного анастомоза становилось практически невозможным, так как существовал высокий риск его несостоятельности. Илеостомия или ее комбинация с еюностомией давала возможность восстановления нарушенного кровоснабжения кишечной стенки. Илеостомии также применяли при тотальном аганглиозе кишечника как подготовительный этап перед радикальным оперативным вмешательством. При врожденных аноректальных пороках наиболее часто применялась раздельная сигмостомия. В послеоперационном периоде она обеспечивала эффективную декомпрессию кишечника, исключая заброс кишечного содержимого из приводящего отдела в отводящий и сохраняя функцию кишки на большей ее протяженности, а в последующем, обеспечивала защиту промежности при реконструктивных операциях.

Терминальная сигмостомия выполнялась при высоких формах аноректальных пороков. При атрезиях поперечно-ободочной кишки предпочтение отдавалось Т-образному варианту анастомоза с выведением колостомы. Если отсутствовала возможность наложения Т-образного анастомоза, то обычно формировалась раздельная трансверзостомия для устранения острой кишечной непроходимости. Цекостомия выполнялась у больных с тяжелым фибринозно-гнойным спайечным процессом в брюшной полости после множественных резекций кишки и наложения анастомозов, требующих программированной лапаротомии, и обычно сочеталась с другими видами декомпрессии желудочно-кишечного тракта.

При анализе осложнений наиболее часто отмечена периколостомическая инфекция – 15 (12,6%) детей. Технические погрешности при наложении стомы выявлены у 10 (8,2%) больных: эвагинация стомы – у 2 (1,7%) детей, параколостомические грыжи – у 2 (1,7%), ретракция – у 2 (1,7%) и некроз выведенной стомы – у 3 (2,5%) больных, стеноз стомы – у 1 (0,8%) ребенка.

Реэнтеростомия и реколостомия потребовалась 9 (7,6%) больным. Причинами повторного наложения стом послужили

ли несостоятельность кишечных швов у 2 (1,7%) больных, возникшая на 4 и 6 сутки после оперативного вмешательства. В одном случае была выполнена резекция зоны анастомоза с наложением терминальной сигмостомы у ребенка с прикрытой перфорацией поперечно-ободочной кишки. Во втором случае – применена раздельная илеостомия у ребенка с атрезией подвздошной кишки, где несостоятельность анастомоза развилась на фоне меконеального илеуса. Перфорации кишки вследствие прогрессирующего некротизирующего энтероколита потребовали повторного вмешательства у 2 (1,7%) детей. У одного ребенка сформирована терминальная сигмостомия, в другого – Т-образная подвешная илеостомия. Некроз и ишемия приводящего сегмента кишки явились показанием к реконструкции стомы у 4 (3,4%) больных. Среди этих больных терминальная илеостомия сформирована у 3 (0,8%), у 1 (0,8%) – одномоментно сформированы раздельная илеостомия и еюностомия после субтотальной резекции тонкой кишки. У 1 (0,8%) больного произведена реконструкция стомы вследствие стеноза приводящей петли.

В настоящее время летальность у новорожденных с некротизирующим энтероколитом, несмотря на современные методы диагностики и лечения, остается высокой и достигает 50% [2,3,4]. При врожденных пороках желудочно-кишечного тракта летальность колеблется от 5 до 20% [1,5,7]. В представленной работе у 7 (5,9%) больных исследуемой группы неблагоприятный исход был связан с тяжелыми сопутствующими пороками развития. Послеоперационная летальность у детей с некротизирующим энтероколитом составила 18 (15%) детей.

Проведенное аналитическое исследование демонстрирует необходимость тщательного индивидуального подхода в выборе рациональной тактики и технического решения задач, стоящих перед хирургами в определении стратегии коррекции аномалий и заболеваний желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Ключевыми факторами являются ранняя диагностика и дифференцированный подход в лечении врожденных пороков развития кишечника с учетом тяжести состояния ребенка, наличия сопутствующей патологии. В снижении летальности при некротизирующем энтероколите определяющую роль играет профилактика и своевременная диагностика этого заболевания. Хирургическая тактика и оптимизация методов коррекции аномалий развития и заболеваний кишечника у новорожденных и младенцев должны строиться с учетом дальнейшей социальной реабилитации больного.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов В.В., Аскельров М.А., Аскельров В.М. и др. Противоестественный задний проход на сигмовидной кишке как первый этап хирургической коррекции пороков развития аноректальной области у новорожденных // Детская хирургия. – 2008. – №1. – С.14-16.
2. Григорьев Е.Г., Нестеров И.В., Пак В.Е. Хирургия колоностромированного больного. – Новосибирск, 2001. – с.
3. Попов Ф.Б. О технике энтеростомии у новорожденных // Детская хирургия. – 2004. – №3. – С.46-47.
4. Попов Ф.Б., Немилова Т.К., Караваева А.С. Энтеростомия

в неотложной абдоминальной хирургии новорожденных // Детская хирургия. – 2004. – №5. – С.20-23.

5. Чернышов С.В. Выбор вида превентивной стомы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.

6. Millar A.J.W., Rode H., Cywes S. Intestinal atresia and stenosis: colonic atresia // Ashcraft K.W., ed. Pediatric Surgery. – 3rd ed. – Philadelphia, Pa: WB Saunders Company, 2000. – P.

7. Cox S.G., Numanoglu A., Millar A.J., Rode H. Colonic atresia: spectrum of presentation and pitfalls in management. A review of 14 cases // Pediatr Surg Int. – 2005. – Vol. 21. №10. – P.813-818.

**Информация об авторах:** 1. 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, 664009, Иркутск, ул. Советская 57, МУЗ Г-ИМДКБ, Новожилов Владимир Александрович – главный врач ИМДКБ, д.м.н., профессор; Козлов Ю.А. – к.м.н., зав. отделением ЦХРН; Подкаменев А.В. – д.м.н.; Кашицына Анна Александровна – аспирант; Краснов П.А. – хирург ЦХРН; Кононенко М.И. – неонатолог ЦХРН; e-mail: ankadoc@mail.ru.

© ЯКУБОВИЧ А.И., САЛДАМАЕВА Л.С., НОВИЦКАЯ Н.Н. – 2010

## ПРИМЕНЕНИЕ НИМЕСУЛИДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.И. Якубович, Л.С. Салдамаева, Н.Н. Новицкая

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии, зав. – д.м.н., проф. А.И. Якубович)

**Резюме.** Проведено комплексное лечение 60 больных псориатическим артритом с применением нимесулида. После проведенного лечения у большинства больных наблюдалось значительное улучшение клинических проявлений ПА с нормализацией лабораторных показателей. Отмечены высокая терапевтическая эффективность и хорошая переносимость нимесулида.

**Ключевые слова:** псориаз, псориатический артрит, комплексная терапия, нимесулид.

## NIMESULID IN THE COMPLEX TREATMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS

A.I. Yakubovich, L.S. Saldamayeva, N.N. Novitskaya  
(Irkutsk State Medical University)

**Summary.** Nimesulid in the complex therapy was used in the treatment of psoriatic arthritis in 60 patients. After the treatment the clinical manifestations of PA improved in the majority of cases. The results of laboratory investigations were normal. Nimesulid has the high therapeutic effect and people have good tolerance to it.

**Key words:** psoriasis, psoriatic arthritis, complex therapy, nimesulid.

В последнее время всё большее количество исследователей говорят о псориазе не как об изолированном кожном заболевании, но как о системной «псориатической болезни» с доминирующими проявлениями на коже [2,8,10]. Это подкрепляется данными о системных иммунных изменениях генетической природы и частом вовлечении в процесс опорно-двигательного аппарата, а иногда и внутренних органов [3,12].

Несмотря на существенные достижения в изучении природы псориаза, наличие большого арсенала средств и методов лечения, этот дерматоз, как и в прошлом столетии, занимает одно из лидирующих мест среди заболеваний кожи. Являясь «болезнью-космополитом», он не уступает позиций во всех странах мира, встречается у людей всех национальностей и рас независимо от пола, возраста, а также социально-экономических условий [1]. Псориазом по данным разных авторов поражено от 0,1 до 3% населения планеты (например, в США 1,4%; Дании 2,9%, Англии 2%, России 1%, Китае 0,37%) [1,6]. У некоторых народностей в Нигерии, уроженцев Западной Африки, у эскимосов, японцев, у североамериканских и южноамериканских индейцев псориаз встречается редко, что, по-видимому, обусловлено генетическими факторами [3]. Значение наследственности в этиопатогенезе псориаза представляется несомненным [1,4,8,9]. Еще Н.Н. Миклухо-Маклай в книге «Путешествие на берег Маклая» описывал семейные формы кожных болезней (в том числе и псориаза) у папуасов, отмечая наследственный характер болезней: «Psoriasis встречается очень часто. Так как эта болезнь передается по наследству, то её можно встретить иногда даже у новорожденных. С годами она довольно скоро распространяется по всему телу. Psoriasis здесь почти не считается болезнью. Мужчины, больные псориазом, выбирают себе нередко жен, пораженных той же болезнью, и естественно поэтому, у большинства новорожденных видны следы того же заболевания» [7].

В современной медицине псориаз рассматривается как мультифакториальное заболевание с аутосомно-доминантным типом наследования и неполной пенетрацией генов [10,12]. Доля генетической компоненты при псориазе составляет 60-70%, а влияния среды – 30-40% [4]. Чётко прослеживается генетическая предрасположенность не только псориаза, но и псориатического артрита, где также показан доминантный тип наследования [5,6,8]. Псориатический артрит является одним из основных воспалительных заболеваний суставов и позвоночника. Известно, что распространённость артрита среди больных псориазом, по данным разных авторов, колеблется от 7 до 47% [10]. Столь широкий разброс этого показателя связан со многими факторами, при этом решающее значение играет выбор диагностических критериев. Что же касается распространённости псориатического артрита в популяции, то она составляет 0,06-1,4% [12].

Псориатический артрит – это заболевание, ассоциированное с псориазом, характеризуется хроническим прогрессирующим течением, заинтересованностью опорно-двигательного аппарата с развитием эрозивного артрита, сакроилеита, анкилозирующего спондилоартрита, различных видов костной резорбции, множественных энтезитов, а также многочисленных общих и висцеральных проявлений [3].

Клиническая картина псориатического артрита и его течение чрезвычайно многообразны и простирается от моно-олигоартрита или изолированного энтезита до генерализованного поражения суставов и позвоночника с яркой внесуставной симптоматикой [3,5]. Суставной синдром наряду с кожными проявлениями приводят к существенному снижению качества жизни, ранней инвалидизации больных и требуют проведения комплексной терапии и реабилитации.

В терапии псориатического артрита достаточно часто используют нестероидные противовоспалительные препараты

(НПВП): диклофенак, бруфен, напроксен, пироксикам и др. Однако, наблюдающиеся при их приеме побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта (боли, гастропатии, кровотечения) нередко ограничивают возможность применения этих препаратов [5]. Лучшей переносимостью обладают селективные ингибиторы ЦОГ-2 (например, нимесулид). В 1994 году В. Piraccini и соавт. сообщили об успешном применении нимесулида при лечении ладонно-подошвенного псориаза [13]. О.Г. Суколина и Э.А. Баткаев (2007) указывали в своих работах о значительном снижении глобулинов, С-реактивного белка и других биохимических показателей крови больных псориазом при применении нимесулида [6]. Нимесулид угнетает активность фермента циклооксигеназы-2, который расщепляет арахидоновую кислоту, входящую в состав фосфолипидов биологических мембран, до её метаболитов – циклических эндоперекисей, в том числе провоспалительных простагландинов. Это приводит к их уменьшенному образованию в зоне воспаления, что оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие. Необходимо отметить, что псориатический процесс носит хронический иммуновоспалительный характер. В связи с этим является целесообразным изучение эффективности комплексного (с применением нимесулида) лечения больных псориатическим артритом.

## Материалы и методы

Под наблюдением находилось 60 больных псориатическим артритом. Среди обследованных больных было 40 мужчин и 20 женщин в возрасте от 25 до 66 лет. Согласно МКБ 10 у всех больных был диагностирован артропатический псориаз. У всех больных было получено письменное информированное согласие на исследование.

Динамика кожного процесса оценивалась с помощью индекса PASI (индекс тяжести и распространённости псориатического процесса). Уменьшение индекса PASI на 25% и более рассматривалось как незначительное улучшение, на 50% и более – клиническое улучшение, на 75% и более – значительное улучшение. На основании оценки изменений в суставах определялся ответ на терапию по критериям, разработанным Американским колледжем ревматологов (АКР). Критерии улучшения АКР определялись как уменьшение на 20%, 50%, 70% (АКР 20, АКР 50 и АКР 70 соответственно) числа болезненных суставов с улучшением по дополнительным оценочным показателям. Кроме этого, учитывались лабораторные показатели: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи и данные рентгенологического исследования. Для оценки качества жизни использовался опросник PDI (Псориатический индекс нарушений).

## Результаты и обсуждение

В большинстве случаев явления псориатического артрита сочетались с прогрессирующим течением псориатического процесса на коже. Средний суммарный балл индекса PASI по всей выборке составил 38,2.

Длительность заболевания суставов колебалась от 1 года до 10 и более лет. Клинически псориатический артрит характеризовался скованностью (29 больных), увеличением объема суставов (16 больных), их деформацией (5 больных), выраженной болезненностью (32 больных), ограничением движения в пораженных суставах (25 больных). При этом только крупные суставы были поражены у 11 больных, мелкие – у 20, крупные и мелкие – у 29 больных. Следует отметить, что преимущественно в процесс были вовлечены межфаланговые суставы кистей и стоп. У 30 больных наблюдалось симметричное поражение суставов.

Со стороны лабораторных показателей в общем анализе крови наблюдались лейкоцитоз до  $10-20 \times 10^9$  л., увеличение СОЭ (более 45 мм/ч). Биохимические показатели характеризовались понижением уровня альбуминов и повышением активности триглицеридов.

Рентгенологически среди наиболее частых проявлений были: сужение суставной щели, околосуставной остеопороз различной степени выраженности, остеофиты.

Все больные получали комплексную терапию, включающую назначение дополнительно к традиционной терапии современного нестероидного противовоспалительного препарата – нимесулида в дозе 100-200 мг в сутки перорально.

Клинические наблюдения показали, что положительное действие препарата отмечалось к 12-15 дням от начала лечения.

К 15-му дню лечения у пяти больных полностью прекратились боли в суставах, а еще у 22 они резко уменьшились. У 8 больных исчезли припухлость суставов, утренняя скованность и резко увеличился объем движений. Согласно оценки критериев улучшения АКР, по истечении второй недели терапии у 15 больных констатировано 70% улучшение по критериям АКР, у 26 – АКР 50 и у 22 больных – АКР 20. По мере продолжения лечения количество больных с выраженными клиническими признаками улучшения увеличилось. После 30-дневного курса лечения АКР 70 – у 26 человек, АКР 50 – у 28 и АКР 20 – у 6 больных (рис. 1).

Со стороны кожного процесса по динамике индекса PASI у 18 больных отмечалось значительное клиническое улучшение (снижение индекса PASI на 75% и более), у 38 – клиническое улучшение (снижение индекса PASI на 50% и более) и у 4 больных – незначительное клиническое улучшение (сниже-

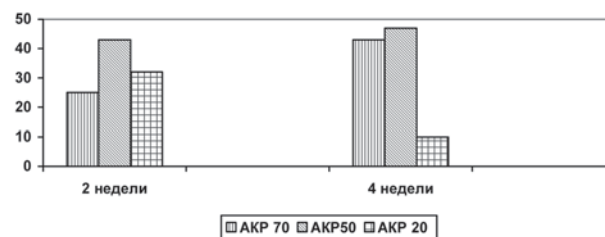


Рис. 1. Эффективность комплексного (с применением нимесулида) лечения по критериям АКР.

ние индекса PASI на 25% и менее).

Наблюдавшаяся в процессе лечения нормализация клинических и биохимических показателей крови и мочи совпала с изменением клинического статуса больных.

Кроме этого, положительная динамика со стороны клинических проявлений коррелировала с динамикой показателей качества жизни. Больные псориатическим артритом в результате проведенного лечения значительно выше оценивали качество жизни как по общим показателям, так и по отдельным шкалам опросника PDI (работа, повседневная деятельность, межличностные отношения, отдых, лечение).

Большая часть больных лечение переносили хорошо, без каких-либо побочных явлений и осложнений. У 4 больных отмечали дискомфорт со стороны органов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, проведенное исследование позволяет заключить, что нестероидный противовоспалительный препарат нимесулид является эффективным средством в комплексной терапии больных псориатическим артритом.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Довжанский С.И., Пинсон И.Я. Генетические и иммунные факторы в патогенезе псориаза // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2006. – №1. – С.14-19.
2. Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. Инфликсимаб в терапии псориаза: современные аспекты // Вестн. дерматол. – 2005. – №5. – С.37-39.
3. Молочков В.А., Бадюкин В.В. и др. Псориаз и псориатический артрит – М.: Т-во научных изданий КМК; Авторская академия, 2007. – 300 с.
4. Мордовцев В.Н. Псориаз. – Кишинёв, 1991. – 184 с.
5. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Псориатический артрит // Ревматические болезни. Руководство по внутренним болезням / Под ред. Е.И. Чазова. – М.: Медицина, 1997. – С.314-323.
6. Суколина О.Г., Баткаев Э.А. Комплексная оценка эффективности патогенетической терапии псориаза // Вестн. дерматол. – 2007. – №3. – С.30-34.

7. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика «Псориазо-подобных редких дерматозов» Терапия. Медицинский атлас. – СПб., 2007. – 512 с.
8. Nordmann A., Weber M. Psoriasis Arthritis ohne Psoriasis // Schweiz Rundsch. Med. Prax. – 1999. – Vol. 88. – P.242-245.
9. Oriente P., Biondi-Oriente C., Scarpa P. Psoriatic arthritis. Clinical manifestations // Bailliere's Clin Rheumatol. – 1994. – Vol. 8. – P.277-294.
10. O-Kane M., Murphy E. P. Psoriasis // Exp. Dermatol. – 2006. – Vol. 15. – P.143-153.
11. Paiva E.S., Macaluso D.C. Edwards A., Rosenbaum J.T. Characterisation of uveitis in patient with psoriatic arthritis // Ann. Rheum. Dis. – 2000. – Vol. 59. – P.67-70.
12. Panaji G.S. Immunology of psoriasis and psoriatic arthritis // Baillieres Clin Rheum. – 1994. – Vol. 8. – P.419-427.
13. Piraccini B.M., Fanti P.A., Morelli R. Hallopeau acrodermatitis continua of the nail // Acta Dermatoven. – 1994. – Vol. 74. – P.385.

**Информация об авторах:** 664025 г. Иркутск, ул. Российская, 16. Кафедра дерматовенерологии с курсом медицинской косметологии ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет. Тел. раб.: (3952) 242239, E-mail: divanand@mail.ru, Якубович Андрей Игоревич – заведующий кафедрой, д.м.н., профессор; Салдамаева Людмила Сергеевна – аспирант кафедры, врач-дерматовенеролог ОГУЗ «Усть-Ордынский ОКВД», адрес: 669001, п. Усть-Ордынский, ул. Калинина, 46, ОГУЗ «Усть-Ордынский ОКВД», тел.: (39541) 31833, E-mail: saldamaeva@mail.ru; Новицкая Наталья Николаевна – ассистент кафедры, e-mail: novits78@mail.ru

© ЗЛОБИНА Т.И., САФОНОВА О.Э., КАЛЯГИН А.Н. – 2010

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ОССИФИЦИРУЮЩЕЙ ФИБРОДИСПЛАЗИИ

Т.И. Злобина<sup>1</sup>, О.Э. Сафонова<sup>1</sup>, А.Н. Калягин<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач – Л.А. Павлюк, Иркутский городской ревматологический центр, зав. – Т.И. Злобина; <sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. – д.м.н., проф. Ю.А. Горяев)

**Резюме.** Представлено клиническое наблюдение редкой наследственной патологии – прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазии. Представлены данные об истории описания этого заболевания, клинических особенностях, диагностике и возможных подходах к терапии. Работа иллюстрирована фотографиями и рентгенограммами.

**Ключевые слова:** прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия, синдром Мюнхеймера, клиника, диагностика, клиническое наблюдение.