

лов, исследуемых на лимфограммах, значительно отличаются от таких же показателей, полученных при исследовании на анатомических препаратах.

– Число приносящих и выносящих лимфатических сосудов при лимфографическом исследовании значительно меньше, чем их число при анатомическом исследовании.

– Полученные данные необходимо учитывать в клинической практике при первичной и дифференциальной диагностике различных поражений лимфатических узлов тазовой полости, а также при выполнении операций и топометрической подготовке к лучевой терапии этой области.

Литература

1. Алескерев, Д.М. Критическая оценка диагностических возможностей лимфографии при определении метастазов в лимфатических узлах в свете рентгеноморфологических сопоставлений. В кн.: материалы 9-го Всесоюзного съезда рентгенологов и радиологов. 20-23 октября 1970 / Д.М.Алескерев. – Тбилиси-М., 1970. – 174 с.
2. Али-Заде Али Мамед Оглы. Ретроперитонеоскопия в диагностике лимфогенных метастазов рака мочевого пузыря и предстательной железы. Автореф. дис. канд. / Али-Заде Али Мамед Оглы. – М., 1982.
3. Борзяк, Э.И. Рентгеноанатомическое исследование паховых, тазовых и поясничных лимфатических узлов / Э.И. Борзяк, Э.В. Швецов, Г.В. Макарова, Ю.М. Акопян // Вопросы онкологии. – 1988. – Т.34. – №10. – С. 1205–1219.
4. Зедгенидзе, Г.А. Клиническая лимфография / Г.А. Зедгенидзе, А.Ф. Цыб. – М., Медицина, 1977. – 285 с.
5. Иванова, О.И. Вопросы рентгеноанатомии лимфатической системы / О.И. Иванова, А.В. Бохман, С.Ф. Винтергальтер // Радиология, диагностика. – 1972. – Т. 13. – №4. – С. 490.
6. Лукьянченко, Б.Я. Лимфография / Б.Я. Лукьянченко. – М., 1966. – 218 с.
7. Матвеев, Б.П. Лимфография при урологических заболеваниях / Б.П. Матвеев // Автореф. дис. канд. – М., 1968.
8. Привес, М.Г. Рентгеноанатомия лимфатических узлов / М.Г. Привес // Лимфатические узлы. – 1978. – Т. 97. – С. 17–23.
9. Fuchs, W.A. Lymphography in Cancer. Recent Results in Cancer Research / W.A. Fuchs, H.W. Dakidson, H.W. Fischer // New York-Heidelberg-Berlin. – 1969. – Vol. 23. – P 43–68.
10. Gotthlin, J. H. Prostatic carcinoma: staging with percutaneous lymph node biopsy / J.H. Gotthlin // Bull. Cancer. – 1985. – Vol.72. – P. 462–466.

THE ANATOMIC AND RADIOANATOMIC STUDY OF PELVIC LYMPH NODES

E.V.SHVETSOV, E.E.NIKIFOROVA, T.E.MAKURINA

1st Moscow State Medical University named after I.M.Sechenov,
Chair of Human Anatomy

In work the comparative analysis of pelvic lymph nodes and lymphatic vessels is carried out by means of anatomic and radioanatomic methods. The anatomy of external, internal and the common iliac and sacral lymph nodes and lymphatic vessels in the 30 lymphograms and in the 103 adult cadavers of both sexes in the conditions of norm were studied. Different data of radioanatomic and anatomic researches of pelvic lymph nodes and lymphatic vessels were shown.

Key words: pelvic lymph nodes, radioanatomic study, afferent and efferent lymphatic vessels.

УДК 616.8

ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НАРУШЕНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.Г. ПОМНИКОВ, Н.И. ГАЛАХОВА, Е.В. БЕЛОШАПКИНА,
А.Н. ЮСУПОВА, М.Я. ТАТАРХАНОВА, Ф.В. МАРЗАЕВА*

В данной статье представлены результаты 5 летнего динамического наблюдения за большой группой больных с хроническим нарушением церебрального кровообращения, разделёнными на 2 схожие

группы. Первая группа пациентов регулярно наблюдалась неврологом и терапевтом в амбулаторных условиях и выполняла их доступные лечебные рекомендации. Вторая группа пациентов наблюдалась специалистами лишь эпизодически без строгого выполнения лечебных рекомендаций. Выявлена статистически достоверная разница по целому ряду клинико-экспертных показателей между группами пациентов с благоприятными результатами в первой группе.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, динамическое наблюдение, амбулаторное лечение, трудоспособный возраст.

Своевременная диагностика, лечение и профилактика церебральных сосудистых заболеваний представляет собой одну из актуальных и трудно решаемых проблем неврологии и медицины [1,3,5-7].

На фоне неуклонно снижающейся смертности в передовых странах Запада и в Японии и увеличивающейся продолжительности жизни с высоким качеством в России показатели смертности от цереброваскулярной патологии – одни из самых высоких в мире (247,2 на 100 тыс. населения), сохраняется тенденция ко всё более ранней инвалидизации населения вследствие инсультов [2].

Особое место по своей значимости среди сосудистых заболеваний головного мозга занимает прогрессирующая хроническая цереброваскулярная патология в виде *дисциркуляторной энцефалопатии* (ДЭ), развивающейся в результате медленно прогрессирующей недостаточности кровоснабжения мозга чаще всего на фоне атеросклероза, артериальной гипертензии или их сочетания [1,2,4,5].

Возникновение первых признаков сосудистой патологии в молодом возрасте, тяжесть течения и осложнений в дальнейшем, определяют наибольшую актуальность вопросам профилактики и ранней диагностики начальных проявлений недостаточности церебрального кровообращения [5-7].

Прогрессирование ДЭ приводит к быстрому формированию не только неврологического дефицита, но и интеллектуального снижения личности. Снижение когнитивных функций, вплоть до деменции, представляет собой одну из актуальных и сложных медико-социальных проблем в большинстве экономически развитых стран мира [4,6,7]. Вместе с тем, проведение лечения на начальных этапах возникновения и развития ДЭ, регулярная, поддерживающая терапия в дальнейшем позволяет значительно улучшить качество жизни таких больных, гарантирует им длительное сохранение трудоспособности [2,4]. Отметим, что важно начинать профилактические мероприятия и лечение на амбулаторном этапе при выявлении первых признаков хронической недостаточности церебрального кровообращения, когда пациенты еще не поступают в неврологические стационары и, в большинстве своем, считают себя здоровыми людьми. Специальные исследования, посвященные профилактике и лечению хронической недостаточности церебрального кровообращения в амбулаторных условиях, в последние годы проводились в незначительном количестве.

Цель исследования – повышение эффективности медицинской реабилитации больных трудоспособного возраста на амбулаторном этапе с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПКМ) и ДЭ I и II стадии на основе уточнения диагностики с помощью современных высокоинформативных методов исследований и проведения регулярной поддерживающей терапии.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования являлись 294 пациента условно разделенные на 2 группы. Первую из них составили пациенты – добровольцы с НПКМ (68 человек), ДЭ I ст. (56 человек) и ДЭ II ст. (60 человек). Данная группа находилась в течение 5 лет под диспансерным наблюдением. Не менее 2 раз в год у пациентов данной группы исследовался соматоневрологический статус, клинико-биохимический анализ крови и назначалась соответствующая терапия, направленная на профилактику возникновения или прогрессирования имеющейся сердечно-сосудистой и цереброваскулярной патологии. Ежегодно проводилась нейровизуализация головного мозга (компьютерная или магнитно-резонансная томография) у больных с ДЭ и при НПКМ выборочно, электроэнцефалографическое обследование мозга (ЭЭГ), суточное мониторирование ЭКГ, определялись характеристики гемокоагуляции, церебральной и центральной гемодинамики (измерение ударного и минутного объемов сердца, периферического сосудистого сопротивления, ультразвуковая и транскраниальная доплерография, дуплексное сканирование сосудов мозга), проводилось нейропсихологическое тестирование. К началу наблюдения больные, включенные в данную группу, были в трудоспособном возрасте

* ФГБОУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Федерального медико-биологического агентства», Большой Сампсониевский пр-т, д. 11 «А», Санкт-Петербург, 194044, e-mail: v.pomnikov@yandex.ru

(он колебался от 38 до 59 лет и был обусловлен условиями работы). Поскольку трудовая деятельность в значительной степени определяет характер отношения к болезни, учитывалась трудовая занятость больных. По этому показателю пациенты были распределены на две группы: работающие, трудоспособного возраста и неработающие трудоспособного возраста. Анализ данных свидетельствовал о том, что большую часть пациентов, участвовавших в обследовании, составили работающие трудоспособного возраста (271 человек) и всего 23 не работали.

Для достоверного анализа уровня когнитивных расстройств определяли уровень образования больных. В зависимости от уровня образования пациенты были разделены на 4 группы: начальное, среднее, среднее специальное и высшее.

Полученные данные свидетельствовали о превалировании среди обследованных больных лиц с высшим образованием (133 человек). Количество пациентов с начальным образованием было минимальным (9 человек), а количество пациентов со средним и средним специальным образованием было примерно равным (73 и 79 соответственно). Статистически достоверных различий в уровне образования между количеством пациентов с различными хроническими формами сосудистой недостаточности не выявлено.

Выраженность неврологической симптоматики и степень соматической отягощенности различались с учётом выраженности ДЭ. Вторая группа включала 110 пациентов с НПНКМ (41 человек), ДЭ I ст. (42 человека) и ДЭ II ст. (27 человек). В данной группе обследуемые не согласились регулярно наблюдаться неврологом поликлиники и за динамикой их состояния мы следили совместно с участковым терапевтом, врачами других специальностей поликлиники и стационаров (в случае их госпитализации, а также при обязательном медицинском профилактическом осмотре для работающих лиц). Возраст пациентов также колебался от 39 до 58, не было значимых различий по выраженности неврологической и соматической симптоматики по сравнению с пациентами из первой группы на начальном этапе включения их в исследование. Наиболее значимым было различие лишь по полу. Во второй группе значительно преобладали мужчины. Информированное согласие на включение в исследование было получено от каждого пациента.

Для оценки дополнительного ресурса в плане поддержки при прогрессировании клинических проявлений хронической цереброваскулярной недостаточности и восстановления после возникшего церебрального инсульта или инфаркта миокарда (в динамике наблюдения) исследовалось и учитывалось семейное положение пациентов.

Обследованные больные преимущественно состояли в браке, лишь 14% (41 человек) на момент обследования были вне семьи.

Все обследуемые находились под наблюдением и получали курсы лечения в неврологическом отделении городской поликлиники за период с 2005 по 2010 годы, а также проходили здесь же ежегодные профилактические осмотры. Статистический анализ проводили с помощью компьютерной программы с расчетом критерия достоверности Стьюдента-Фишера для парных и непарных величин. В основу статистического анализа было положено сравнение основной и контрольной выборки или различных групп обследованных.

Результаты и их обсуждение. Среди этиологических факторов сосудистых поражений головного мозга у больных трудоспособного возраста, ведущее место занимали гипертоническая болезнь – 235 больных (80%), атеросклероз церебральных сосудов – 179 больной (61%), синдром вегетативной дистонии – 115 больных (39%). Мы специально не объединяли гипертоническую болезнь и атеросклероз церебральных сосудов, а рассматривали их отдельно, выделяя ту или иную первопричину на начальном этапе сосудистого заболевания головного мозга.

Анализ полученных данных проводился на основании клинической картины НПНКМ, ДЭ в сопоставлении с выявленной патологией церебральных артерий с помощью указанных методов обследования, консультации клинического психолога, офтальмолога, а также общепринятых клинических и биохимических исследований крови [1,5,6].

На начальном этапе исследования мы даём характеристики многих показателей в общей группе обследованных, так как при первичном осмотре клинические и показатели дополнительных

методов исследования практически не отличались в указанных группах.

Нейропсихологический статус оценивался с помощью краткой шкалы оценки психического статуса (КШОПС – *Mini mental scale examination* (MMSE)) и теста Шульце у 35 больных с НПНКМ, 38 больных с ДЭ I ст. и 40 больных с ДЭ II ст. У 25 больных с ДЭ I и II ст. (всего 50) для выявления зрительно-пространственных и регуляторных расстройств применяли тест рисования часов с количественной оценкой. При выполнении задания пациент должен был самостоятельно нарисовать на нелинованной бумаге круглые часы с цифрами на циферблате и расположить стрелки согласно заданному времени. При отсутствии попыток выполнить задание оценка равна 1 баллу, при правильном выполнении теста она достигает 10 баллов. Среди обследованных больных были исключены вторичные когнитивные изменения, обусловленные дисметаболическими, токсическими нарушениями, алкогольными, медикаментозными воздействиями и т.п. Учитывая изменения в когнитивной деятельности, возникающие у людей старше 50 лет, нейропсихологический статус больных с ДЭ сравнивался с нейропсихологическим статусом группы, в которую вошли 15 пациентов в возрасте до 50 лет с НПНКМ без интеллектуально-мнестических нарушений по заключению медицинского (клинического) психолога. В настоящей работе материалом для математического анализа являлась «Карта больного с НПНКМ и ДЭ» которая представляла собой формализованную карту амбулаторного больного, заполнялась на больного, включенного в тему исследования и обеспечивала учет паспортных, анамнестических, клинических, социальных данных и их динамики в течение амбулаторного обследования, результатов инструментальных методов исследования и примененных методов лечения. Ответы на вопросы карты тематического больного давались в виде чисел, которые являлись либо количественной характеристикой соответствующего признака, либо числовым кодом качественного показателя.

С учётом цели и задач исследования мы проводили сравнение и анализ состояния здоровья и жизнедеятельности среди выделенных групп больных. Анализу были подвержены пациенты в группах с НПНКМ между собой и ДЭ, как принимающие регулярно медикаментозную терапию и придерживающиеся медицинских рекомендаций, так и пациенты, которые лишь наблюдались нами при профилактических обязательных ежегодных медицинских осмотрах.

Отметим сразу, что по результатам нашего исследования мы не выявили значимых достоверных различий в изучаемых состояниях у пациентов с НПНКМ, за исключением набранных (зафиксированных) дней временной нетрудоспособности и количества поступлений в стационарные учреждения из-за причин сердечно-сосудистого или церебрального характера. Можно было бы говорить лишь о тенденции быстрого прогрессирования начальных признаков хронического нарушения мозгового кровообращения в клиническую картину ДЭ. Это связано со многими причинами.

Во-первых, относительно небольшой срок наблюдения за такими пациентами (от 1 до 5 лет) и статистически незначительное их количество (68 и 41 человек). Во-вторых, наличие иногда «размытости» неврологической симптоматики, позволяющей на этом этапе установить больному тот или иной диагноз (НПНКМ или ДЭ). В третьих, отказ пациентов одной из групп в проведении им повторных дополнительных методов обследования, даже полностью за счёт бюджета медицинского учреждения. В-четвертых, относительно молодым возрастом обследованных, при котором они ведут достаточно активный образ жизни, включая участие в физических упражнениях, туризме и т.п., то есть, проводя в определённой мере регулярные восстановительные мероприятия.

Вероятно, этими же причинами можно объяснить и отсутствие значимых когнитивных расстройств в обследованных группах. По нашим данным выявлялись лишь легкие когнитивные расстройства, не влияющие на возможности адаптации работающих граждан.

Что касается достоверных признаков, то нами выявлено, что за 4 летний срок исследования в группе из 68 больных с НПНКМ, получавших регулярное профилактическое лечение и динамическое медицинское наблюдение отмечено (зафиксировано документально) 39 госпитализаций по поводу гипертонических кризов, преходящих нарушений мозгового кровообращения,

приступов стенокардии и т.п. При этом количество дней временной нетрудоспособности составило в целом 497 дней.

За такой же срок наблюдения среди 41 больного с НПНКМ, не получавших регулярное профилактическое лечение отмечено (зафиксировано документально) 47 госпитализаций с аналогичными диагнозами. Количество дней нетрудоспособности в этой группе в целом составило 642 дня.

По количеству госпитализаций и общим дням нетрудоспособности выявлена высокая степень достоверности ($P < 0.001$). По количеству дней нетрудоспособности, приходящихся на одну госпитализацию, достоверной разницы между 2 группами обследованных не выявлено.

Мы подвергли также сравнительному анализу целесообразность проведения профилактических мероприятий в целом у больных с ДЭ. Это связано было с тем, что некоторые симптомы, характерные для I или II стадии могут быть изменчивы под действием тех или иных причин и не всегда возможно абсолютно корректное разделение этих стадий. Вместе с тем, при сравнительном анализе этих состояний ко II стадии мы относили лишь хроническое нарушение церебрального кровообращения, соответствующее принятым литературным источникам.

Для сравнительного анализа нами в данных группах были использованы следующие показатели: переход ДЭ I ст. во II; наличие летальных исходов от церебральных или сердечно-сосудистых причин, количество госпитализаций от тех же причин, а также общее количество дней временной нетрудоспособности и время одной госпитализации.

По большинству из указанных показателей нами получены статистически достоверные отличия (табл.).

Таблица

Количество госпитализаций и дней временной нетрудоспособности, зафиксированных у больных с ДЭ I и II ст.

Диагноз	Группа	Количество больных	Количество госпитализаций за 4-летний период	Общее количество дней временной нетрудоспособности	Средний койко-день
ДЭ	Получавшие лечение регулярно	116	61	698	11,4
ДЭ	Получавшие лечение эпизодически	69	82 $P_{1-2} < 0,001$	1006 $P_{1-2} < 0,001$	12,3

Среди больных, получавших регулярное профилактическое лечение из 56 больных с ДЭ I ст. в течение наблюдаемого срока наблюдения «перешли» во II стадию ДЭ 9, а из 42 больных из второй группы, не получавших такого лечения, их оказалось 19 при высокой степени достоверности ($P < 0,001$). В течение 4 летнего срока наблюдения зафиксированы 3 смерти от указанных причин во второй группе с ДЭ (69 больных) и ни одной в группе больных с ДЭ, получавших регулярное профилактическое лечение (116 человек). Количество госпитализаций, по указанным причинам, составило среди 116 больных с ДЭ, получавших регулярное лечение, 61 при общем количестве дней нетрудоспособности 698. Среди 69 больных с ДЭ, не получавших регулярного профилактического лечения, количество госпитализаций достигло 82 при общем количестве дней временной нетрудоспособности 1006. Как по количеству госпитализаций, так и по общим дням временной нетрудоспособности, отмечена высокая достоверность ($P < 0,001$). Отметим, что в наших наблюдениях были отмечены летальные исходы, не связанные с сердечно-сосудистой или церебральной патологией, но эти случаи мы исключали из исследования.

Таким образом, проведение регулярного профилактического приема общедоступных медицинских препаратов в первичном звене здравоохранения под наблюдением невролога и терапевта, соблюдение рекомендаций здорового образа жизни позволяет добиваться положительных результатов в состоянии здоровья российских граждан с высоким качеством жизни и сохраняемой трудоспособностью. Мы учитывали все рекомендации, сделанные обследованным больным в случае их госпитализации (как по скорой помощи, так и плановой). Вместе с тем, плановые госпитализации специально нами не анализировались, так как в настоящее время их количество не всегда связано лишь с состоянием здоровья обследуемых пациентов. Проблема цереброваскулярной патологии должна решаться по многим направлениям. Одним из эффективных и доступных путей профилактики воз-

никновения инсультов является амбулаторное и регулярное лечение НПНКМ и ДЭ под наблюдением невролога и терапевта.

Литература

1. Ведение пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией / В.И. Шмырёв [и др.] – М.: Издательский дом «Русский врач» / Врач. – 2011. – № 4. – С. 6–11
2. Коробов, М.В. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / М.В. Коробов, В.Г. Помников [ред.] – Санкт-Петербург: Гиппократ, 2010. – 1032 с.
3. Погодина, А.Б. Новый взгляд интернистов на старые проблемы / А.Б. Погодина, Т.К. Погодина, Б.Н. Погодин. – Уфа, 2011. – 504 с.
4. Применение препарата билобила форте у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на стадии синдрома умеренных когнитивных нарушений / Н.Н. Яхно [и др.] – М.: Издательство «Медицина» / Неврол. журн. – 2008. – № 3. – С. 33–37.
5. Суслина, З.А. Сосудистые заболевания головного мозга / З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин, Н.В. Верещагин. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – 256 с.
6. Суслина, З.А. Артериальная гипертония, сосудистая патология мозга и антигипертензивное лечение / З.А. Суслина, Л.А. Геоаскина, А.В. Фонакин. – М., 2006. – 200 с.
7. Суслина, З.А. Инсульт: диагностика, лечение, профилактика / З.А. Суслина, М.А. Пирадов [ред.] – М., «МЕДпресс-информ», 2008. – 288 с.

PREVENTION OF PROGRESSION OF CHRONIC VIOLATIONS OF CEREBRAL CIRCULATION OF PERSONS OF WORKING AGE IN THE OUTPATIENT SETTING

V.G. POMNIKOV, N.I. GALAKHOV, E.V. BELOŠHAPKINA, A.N. YUSUPOVA, M.Y. TATARHANOVA, F.V. MARZAEVA

Federal State Educational Establishment of Continuing Professional Education "Saint-Petersburg Institute of Postgraduate Medical experts of the Federal Medical and Biological Agency"

This article presents the results of a 5-year follow-up of a large group of patients with chronic violation of cerebral circulation, separated into 2 similar groups. The first group of patients was observed regularly and outpatient therapist performed them available medical recommendations. A second group of patients experienced special-ists only sporadically without strict adherence to treatment recommendations. The difference was statistically reliable across a range of clinical and expert performance between groups of patients with positive results in the first group.

Key words: discirculatory encephalopathy, watchful, outpatient treatment, age for works.