

Поэтому врачу необходимо акцентировать внимание на скорости перемещения зубов, не прибегая к агрессивной технике, и на постоянной мотивации пациентов по вопросам личной гигиены.

Процедура проведения профессиональной гигиены и обработка системой «Vector» после завершения ортодонтического лечения является необходимым условием для проведения дальнейшего комплекса лечебных мероприятий: шинирования зубов, ортопедического лечения, хирургических вмешательств на пародонте, имплантации, поддерживающей терапии в период реабилитации.

Проведение мероприятий по восстановлению окклюзии, зубного ряда и шинирования зубов является заключительным этапом активного комплексного лечения, который позволяет создать для каждого пациента стойкую ремиссию патологического процесса, при условии постоянного диспансерного наблюдения. Постоянный патронаж таких пациентов позволяет проводить постоянно профилактические мероприятия, включая вопросы личной и профессиональной гигиены, коррекции протезов, лечения зубов, что позволяет предотвратить обострение процесса.

Клинические примеры комплексного лечения пациентов с воспалительно-деструктивными процессами на пародонте

Пример 1. Пациентка С., 39 лет. Диагноз: хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Обратилась с жалобами на подвижность зубов нижней челюсти II степени, гноетечение, неприятный запах изо рта.

После проведения профессиональной гигиены, применения системы «Vector», изготовления имediat протезов, санации полости рта и временного шинирования фронтальной группы зубов гласспаном было осуществлено хирургическое лечение — вестибулопластика по Эдлану и лоскутные операции в технике Рамфьорд в области верхней и нижней челюсти с одновременной имплантацией церасорба в области пародонтальных костных карманов. В дальнейшем проведено ортодонтическое лечение, шинирующее протезирование несъемными (металлокерамическими мостовидными протезами и коронками) и съемными конструкциями (бюгельными протезами).

Оценка оптической плотности кости по данным визиографа показала увеличение значений во все сроки лечения в области исследуемых участков — в зоне костного дефекта (90, 145, 145, 149, 194 усл. ед.), по линии демаркации (110, 168, 162,

133, 162 усл. ед.) и в области апекса (206, 206, 185, 220, 210 усл. ед.) (рис. 2).

Пример 2. Пациентка М., 36 лет. Диагноз — хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. Обратилась с жалобами на гноетечение в области фронтальной группы зубов нижней челюсти, неприятный запах изо рта.

После проведения профессиональной гигиены, применения системы «Vector» и санации полости рта было проведено хирургическое лечение — лоскутная операция в технике Рамфьорд в области верхней и нижней челюсти с одновременной имплантацией церасорба + PRP + PRP. На этапах лечения проводилось ортодонтическое лечение и шинирование зубов гласспаном.

Оценка оптической плотности кости по данным визиографа показала увеличение значений во все сроки лечения в области исследуемых участков — в зоне костного дефекта (60, 110, 109, 98, 108 усл. ед.), по линии демаркации (81, 99, 110, 111, 153 усл. ед.) и в области апекса (157, 147, 152, 158, 158 усл. ед.) (рис. 3).

Таким образом, в оценке развития заболевания, разработки индивидуального плана комплекса лечебных мероприятий и прогноза полученных результатов лечения необходимо сопоставление клинических и рентгенологических показателей, которые позволяют наиболее информативно определять не только наличие обострения воспалительного процесса, скорость и степень потери костной ткани, но и качество профилактических мероприятий при постоянном мониторинге пациентов. При этом ультразвуковая система «Vector» является одним из важных этапов комплексного лечения — способствует достижению выраженного противовоспалительного эффекта, обладает антибактериальным, противовирусным, фунгицидным, антиэкссудативным действием.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вольф, Г.Ф.* Пародонтология / Г.Ф. Вольф, Э.М. Ратейцхак, К. Ратейцхак. — М.: МЕДпресс-информ, 2008. — 548 с.
2. *Модина, Т.Н.* Минимально инвазивная терапия системой «Vector» и ее роль в комплексном лечении заболеваний пародонта / Т.Н. Модина, А.В. Шумский, В.Ю. Раевская // DentalMarket. — 2008. — № 4. — С.75—77.
3. *Орехова, Л.Ю.* Основы профессиональной гигиены полости рта: метод. рекомендации / Л.Ю. Орехова, Е.Д. Кучумова, И.Н. Антонова. — СПб., 2004. — С.40—53.
4. *Шумский, А.В.* Современные ультразвуковые технологии в лечении заболеваний пародонта / А.В. Шумский // Пародонтология. — 2008. — № 4(49). — С.30—34.

© М.В. Потапова, О.Р. Соколова, Р.З. Садыков, 2009

УДК 616.126.42-007.43

ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?

Марина Вадимовна Потапова, Ольга Раифовна Соколова, Руслан Замирович Садыков

Медико-санитарная часть МВД по РТ, Казань

Реферат. Пролапс митрального клапана (ПМК) весьма распространенная патология. Частота ПМК увеличивается с возрастом. Чаще всего он выявляется в возрасте 7—15 лет. Частота ПМК во взрослой популяции — 5—38%. У взрослых пациентов синдром ПМК чаще встречается у женщин (66—75%), причем пик приходится на 35—40 лет. Основным методом диагностики пролабирования митрального клапана служит эхокардиографическое исследование. Небольшое прогибание створок митрального клапана и даже некоторую степень регургитации можно считать АНАТОМИЧЕСКОЙ НОРМОЙ. Однако в последнее время доказано, что это далеко не такое безобидное заболевание.

Ключевые слова: пролапс митрального клапана, соединительнотканная дисплазия, миксоматозная дегенерация, регургитация, внезапная смерть.

MITRAL VALVE PROLAPSE: NORM OR PATHOLOGY?

M.V. Potapova, O.R. Sokolova, R.Z. Sadikov

Mediko-Sanitary Unit of Ministry of Internal Affairs of the Republic of Tatarstan, Kazan

Abstract. Mitral valve prolapse is very common pathology. Frequency of MVP increases with age. Most often it is detected at the age of 7—15 years. Frequency of MVP in the adult population — 5—38%. Adult patients MVP syndrome more common in women (66—75%), with the peak at ages 35—40. The main method of diagnosis of mitral valve prolapse is the echocardiography study. Little flexure of mitral valve cusp, and even some degree of regurgitation can be considered as ANATOMICAL NORM. Recently, however, it is proved that this is not a harmless disease.

Key words: mitral valve prolapse, connective tissue dysplasia, mixomatosis degeneration, regurgitation, sudden death.

Cuffer и Borbillon в 1887 г. первыми описали аускультативный феномен среднесистолических щелчков (кликов), не связанных с изгнанием крови. В 1961 г. была опубликована работа J. Reid, в которой автор впервые убедительно показал, что среднесистолические щелчки связаны с тугим натяжением предварительно расслабленных хорд. Непосредственная причина систолических щелчков и позднего шума стала известной только после работ J. Barlow с коллегами. Авторы, проводившие в 1963—1968 гг. ангиографическое обследование больных с указанной звуковой симптоматикой, впервые обнаружили, что створки митрального клапана (МК) своеобразно провисают в полость левого предсердия во время систолы левого желудочка (ЛЖ). Такое сочетание систолического шума (СШ) и щелчков с баллоновидной деформацией створок МК и характерными ЭКГ-проявлениями авторы обозначили аускультативно-электрокардиографическим синдромом. В последующих исследованиях его стали обозначать различными терминами: «синдром щелчка», «синдром хлопающего клапана», «синдром щелчка и шума», «синдром аневризматического прогибания МК», «синдром Barlow», «синдром Энгла» и др. Термин «пролапс митрального клапана», получивший в настоящее время наибольшее распространение, впервые был предложен J. Barlow [1, 2].

Эпидемиология ПМК. Пролапс митрального клапана весьма распространенная патология. Частота ПМК у детей колеблется от 2 до 16% и зависит от метода его выявления [аускультация, фонокардиография (ФКГ), эхокардиография (ЭхоКГ)]. Частота ПМК увеличивается с возрастом. Чаще всего он выявляется в возрасте 7—15 лет. У детей до 10 лет пролапс МК встречается примерно одинаково часто у мальчиков и девочек, в возрасте старше 10 лет, значительно чаще обнаруживается у девочек в соотношении 2:1.

У новорожденных синдром ПМК встречается казуистически редко. У детей с различной кардиальной патологией ПМК обнаруживается в 10—23% случаев, достигает высоких значений при наследственных заболеваниях соединительной ткани [1, 2].

Частота ПМК во взрослой популяции составляет 5—38%. У взрослых пациентов синдром ПМК чаще встречается у женщин (66—75%), причем пик приходится на 35—40 лет.

На сегодняшний день ПМК обычно делят на две группы:

I. Анатомический ПМК.

II. ПМК как синдром, связанный с нарушением работы нервной и эндокринной системы.

К анатомическим ПМК относится первичный ПМК, наиболее часто встречающийся. Это врожденная патология, при которой наследуется нарушение развития соединительной ткани. Такие пациенты обычно астенического телосложения, имеют нарушения в костно-мышечном

аппарате (сколиоз позвоночника, плоскостопие, криволапость, расслабление связок). Во взрослом возрасте чаще обнаруживается миопия (близорукость), плоскостопие, астеническое телосложение, высокорослость, пониженное питание, слабое развитие мускулатуры, повышенная разгибаемость мелких суставов и нарушение осанки.

Жалобы пациентов, имеющих пролапс митрального клапана, — это боли в грудной клетке, в сердце, одышка, слабость, приступы сердцебиений или перебои в сердце. Боли в области сердца чаще всего тупые, ноющие, иногда колющие. Длятся они недолго и обычно не связаны с физической нагрузкой. Нитроглицерин не улучшает, а наоборот может ухудшить состояние.

У значительной части пациентов эти боли могут быть мышечные, иррадиировать со стороны желудочно-кишечного тракта или позвоночника. Одышка и слабость — обычное проявление нарушения функции нервной системы.

Сердцебиение и перебои в области сердца могут быть как субъективными ощущениями, так и проявлением нарушения сердечного ритма, связанным с ПМК. Иногда при высокой степени митральной регургитации могут возникать приступы пароксизмальной тахикардии, когда частота сердечных сокращений достигает 150—200 уд/мин. Довольно часто пролапс митрального клапана сопровождается нарушениями со стороны нервной системы. Это мигреноподобные головные боли (приступы сильных головных болей в правой или левой половине головы), обмороки или обморочные состояния, перепады настроения, вегетативные кризы, психоэмоциональные нарушения. Иногда на пролабированном клапане осаждаются тромбоциты и другие клетки крови, образуются тромбы или миксоматозные (желеобразные) разрастания. Их небольшие фрагменты могут отрываться по току крови попадать в мозг и вызывать небольшие инфаркты (инсульты) мозга [1, 2, 13].

Диагностика пролапса митрального клапана основывается на аускультации (прослушивании) сердца, когда выявляют систолический шум.

Электрокардиография. Основные электрокардиографические нарушения, обнаруживаемые при ПМК, включают изменения конечной части желудочкового комплекса, нарушения сердечного ритма и проводимости. Изменения чаще всего выявляются при суточном мониторинге ЭКГ по Холтеру. Изменения процесса реполяризации на стандартной ЭКГ регистрируются в различных отведениях, при этом можно выделить 3 типичных варианта:

изолированная инверсия зубцов T в отведениях от конечностей; II, III, avF без смещения сегмента ST чаще связана с особенностями расположения сердца (вертикальное «капельное» сердце, срединно расположенное в грудной клетке по типу «подвешенного» сердца);

инверсия зубцов T в отведениях от конечностей и левых грудных отведениях (преимущественно в V5-V6) в сочетании с небольшим смещением ST ниже изолинии свидетельствует о наличии скрытой миокардиальной нестабильности, частота возрастает в 2 раза при регистрации стандартной ЭКГ в ортостатическом положении. Появление реполяризационных изменений в ортоположении можно объяснить увеличением натяжения папиллярных мышц за счет возникающей тахикардии, уменьшения объема ЛЖ и увеличения глубины пролабирования створок. Если раньше причину таких ST-T-изменений связывали с ишемическим нарушением коронарного кровообращения, или рассматривали как сочетанное проявление диспластического процесса в сердце, то в настоящее время большинство авторов видят причину в *гиперсимпатикотонии*. Подобное утверждение обосновывается тем, что ST-T-изменения при ПМК носят переменный характер и полностью исчезают при проведении нагрузочной фармакологической пробы с аденоблокатором;

инверсия зубцов T в сочетании с подъемом сегмента ST обусловлен синдромом ранней реполяризации желудочков — электрокардиографическим феноменом, главной особенностью которого является псевдокоронарный подъем ST выше изолинии. В основе синдрома лежат врожденные индивидуальные особенности электрофизиологических процессов в миокарде, приводящие к ранней реполяризации его субэпикардальных слоев. Он встречается с частотой от 1,5 до 4,9% в популяции, в 3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Самостоятельного диагностического значения СРР не имеет и наблюдается с одинаковой частотой у здоровых и детей с органической патологией сердца [3, 10].

Основным методом диагностики пролабирования митрального клапана служит эхокардиографическое исследование. При помощи эхокардиографии можно определить объем обратного тока крови (степень регургитации), наличие миксоматозных разрастаний, величину выпячивания створок клапана в миллиметрах: 1-я степень — от 2 до 3 мм; 2-я степень — от 3 до 6 мм; 3-я степень — от 6 до 9 мм; 4-я степень — более 9 мм.

Помимо простого прогиба створок клапана, возможно также осложнение в виде расхождение этих створок (которые в норме должны закрываться достаточно плотно) с образованием щели между ними, куда начинает проникать кровь. Кровь естественно идет в этом случае обратным током, и называется это явление регургитация [11, 12]. Она также бывает 3 степеней (плюс отсутствие регургитации — нулевая степень). При регургитации 1-й степени кровотоки возникают только на клапанах. Фактически это завихрения крови при самом минимальном расхождении створок, и данный вид регургитации считается вариантом нормы. При регургитации 2-й степени струя обратного тока крови может достигать до середины предсердия (это хорошо видно на ЭхоКС), а при 3-й — практически до задней стенки предсердия. Понятно, что для того чтобы сформировалась такая мощная струя обратного тока, требуется достаточно выраженный дефект клапана, поэтому некоторыми авторами митральная регургитация 3-й степени приравнивается к митральному пороку сердца. Повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений имеют пациенты с ПМК более 3 мм с миксоматозной дегенерацией [8, 11, 13].

В целом пролапс митрального клапана — это достаточно благоприятное заболевание. В абсолютном

большинстве случаев этот диагноз — случайная находка во время УЗИ сердца. УЗИ обычно делается либо в порядке профилактического осмотра, либо по поводу какого-либо другого заболевания. Со стороны пролапса человек не испытывает никакого дискомфорта. Чаще всего это пролабирование 1—2-й степени, с отсутствием регургитации или небольшой ее степенью. Не стоит забывать о том, что УЗИ — метод достаточно субъективный, интерпретация картинки во многом зависит от воображения исследователя. Речь идет о достаточно незначительных изменениях, которые могут плохо визуализироваться на экране. Не надо сразу же считать себя «сердечным больным» если Вам при однократном УЗИ поставили пролапс митрального клапана! Небольшое прогибание створок митрального клапана и даже некоторую степень регургитации можно считать АНАТОМИЧЕСКОЙ НОРМОЙ. В том случае, если это не сопровождается другими симптомами. А именно: боли в сердце, одышка, слабость, приступы сердцебиений или перебои в работе сердца.

В последнее время доказано, что это далеко не такое безобидное заболевание, как считалось ранее. Помимо различной степени выраженности кардиалгического синдрома, у больных могут быть различные нарушения сердечного ритма. В том числе и достаточно серьезные — аритмии связаны с тем, что при ПМК происходит перерастяжение «клапанного кольца», ограничивающего клапан, богато снабженного нервными окончаниями, сильно раздраженного при таком перерастяжении [7, 12, 13]. Чем больше нагрузка на клапан (при ускорении кровотока, при повышении АД), тем больше перерастягивается «клапанное кольцо», тем выше опасность аритмий. Это обуславливает необходимость для таких больных ограничения физических и психоэмоциональных нагрузок, а иной раз приводит к необходимости рационального трудоустройства. Другим серьезным осложнением считается значительная митральная регургитация, которая может развиваться постепенно или произойти как достаточно острое состояние в связи с отрывом сухожильных нитей от клапана. Еще одним грозным осложнением ПМК является инфекционный эндокардит (воспаление на клапанах, приводящее к развитию пороков сердца, аритмиям и тромбозам) в связи с тем, что такие клапаны гораздо менее устойчивы к воздействию патогенных микроорганизмов. Зачастую даже стоматологические мероприятия могут привести к развитию инфекционного эндокардита, а внезапная сердечная смерть — только при выраженной недостаточности митрального клапана [6, 8, 9].

Хочется подчеркнуть, эти осложнения весьма редки и развиваются, как правило, у больных, имеющих какую-либо сопутствующую патологию. Тем не менее знать об этом надо, чтобы не допускать нарушения адекватного для больного режима труда и отдыха и тем самым не провоцировать развитие осложнений.

Цель нашего исследования — изучить частоту встречаемости пролапса митрального клапана среди поступающих на службу в органы МВД по РТ в возрасте 20—30 лет и наличие у них сопутствующих заболеваний.

Основным методом диагностики пролабирования митрального клапана служит эхокардиографическое исследование. При помощи эхокардиографии можно определить объем обратного тока крови (степень регургитации), наличие миксоматозных разрастаний, величину выпячивания створок клапана в миллиметрах.

Установлено, что ПМК глубиной до 1 см прогностически благоприятен.

Материал и методы. Обследовано 800 человек, вновь поступающих на службу в органы МВД по РТ, в возрасте 20—30 лет, которым проводился сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр, ЭКГ покоя, проба с физической нагрузкой (тест Мастера, приседания), одномерная и двухмерная эхокардиография (по возможности с цветным доплеровским анализом), биохимические тесты исследования активности воспалительного процесса, проба с максимальной физической нагрузкой (велоэргометрия, тредмил-тест).

Для детального обследования методом случайной выборки отобрано 155 пациентов, которые по наличию и степени выраженности пролапса были разделены на 4 группы.

В 1-ю группу вошли лица с пролабированием створок митрального клапана 2—3 мм, во 2-ю группу вошли лица, имеющие пролапс 3—4 мм, в 3-ю группу вошли вновь поступающие на службу с ПМК 5—6 мм, 4-я группа включала в себя группу лиц с пролапсом митрального клапана 7—8 мм.

Результаты и их обсуждение. Анализ актов ВВК МСЧ МВД по РТ выявил наличие ПМК у следующих лиц, поступающих на службу в органы МВД по РТ (табл. 1).

Т а б л и ц а 1
Наличие ПМК по степени

Обследованные	Кол-во пациентов, <i>n</i>	%
ПМК 1-й степени	68	43,9
ПМК 2-й степени	39	25,1
ПМК 3-й степени	28	18,0
ПМК 4-й степени	20	12,9
Всего	800	19,3

Среди 800 обследованных вновь поступающих на службу в МВД по РТ в возрасте от 20 до 30 лет пролапс митрального клапана выявился в 22,1% случаев, что в принципе не отличается от данных статистики встречаемости ПМК в общей популяции.

Среди обследованных лиц ПМК 1-й степени встречается наиболее часто (43,9%), ПМК 2-й степени по встречаемости на втором месте (25,1%), ПМК 4-й степени отмечается значительно реже (12,9%).

По данным, проведенных нами исследований, следует, что существует зависимость выраженности степени пролапса митрального клапана от конституциональной

особенности пациентов. У лиц с дефицитом массы тела было отмечено 89,2% случаев пролапса. Наиболее выраженной была взаимосвязь степени выраженности миксоматозной дегенерации с нарушением осанки, сколиозом, плоскостопием, в меньшей мере с варикозной болезнью нижних конечностей, дискинезией желчевыводящих путей, в то же время нет убедительных данных выраженности пролапса митрального клапана с птозом почек, кариесом.

Взаимосвязь между дискинезией желчного пузыря и наличием синдрома соединительнотканной дисплазии (ПМК) может быть объяснена возникновением дисфункции вегетативной нервной системы, характерной для лиц, имеющих ПМК.

Одним из проявлений соединительнотканной дисплазии, сопутствующего ПМК, является патология венозной системы. Распространенность варикозного расширения вен голени у лиц с ПМК составляет 12,9%. Тесная взаимосвязь степени ПМК и частоты встречаемости варикозной болезни отмечена в нашем исследовании: 25—45% пациентов 3—4-й групп имели варикозную болезнь нижних конечностей (табл. 2).

По мнению ряда авторов, для диагностики дисплазии митрального клапана формально критическим количеством признаков является 6 и более признаков, однако обнаружение даже диагностически весомых признаков дисплазии СТ, коррелирующих со степенью пролапса, диктует необходимость детального клинического и инструментального исследования данной группы лиц для исключения или подтверждения поражения сердца.

Выводы. Проведенное нами исследование свидетельствует о том, что клиническая симптоматика при ПМК многообразна и не исчерпывается только поражением сердца. Помимо нарушения развития клапанного аппарата сердца, имеют место сопутствующие заболевания, синдромы, указывающие на системный характер патологического процесса, в основе которого лежит врожденная дисплазия соединительной ткани. В 15—40% случаев происходят прогрессирование митральной регургитации с возрастом и трансформация бессимптомного ПМК в гемодинамически и клинически значимый [4, 8]. Появление недостаточности кровообращения и аритмий у больных с ПМК нередко становится причиной диагностических ошибок.

На современном этапе развития медицины своевременная диагностика и создание условий для макси-

Т а б л и ц а 2

Анатомические особенности у вновь поступающих в органы МВД по РТ с ПМК в возрасте от 20 до 30 лет

Признак	ПМК 1-й ст., <i>n</i> =68		ПМК 2-й ст., <i>n</i> =39		ПМК 3-й ст., <i>n</i> =28		ПМК 4-й ст., <i>n</i> =20	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Дефицит веса	5	7,3	21	53,8	25	89,2	16	80
Нарушение осанки	8	11,8	29	74,4	22	78,5	18	90
Деформация грудной клетки	2	2,9	12	30,7	21	75,0	16	80
Сколиоз	7	10,2	25	64,1	23	82,1	14	70
Плоскостопие	9	13,2	17	43,5	19	67,8	15	75
Искривление носовой перегородки	4	5,8	6	15,3	3	10,7	5	25
Миопия	6	8,8	15	38,4	17	43,5	14	70
Кариес	2	2,9	5	12,8	4	14,2	3	15
Дискинезия желчного пузыря	12	17,6	10	25,6	14	50,0	13	65
Птоз почек	0	0	4	10,2	5	17,9	3	15
Варикозная болезнь	1	1,4	8	20,5	7	25,0	9	45

мальной компенсации проявлений будут способствовать профилактике развития вторичных осложнений и улучшению качества жизни людей.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Елисеев, В.Г.* Внутренние болезни / В.Г. Елисеев. — М., 1999.
2. Клиническая диагностика заболеваний сердца. Кардиолог у постели больного. — М.: Константа, 2004.
3. *Мазур, Н.А.* Очерки клинической кардиологии / Н.А. Мазур. — М.: МИА, 1999. — 255 с.
4. *Мартынов, А.И.* Пролабирование митрального клапана как психосоматическая проблема (обзор) / А.И. Мартынов, А.В. Смулевич, О.Б. Степура [и др.] // Терапевтический архив. — 2000. — № 10. — С.27—30.
5. *Мартынов, А.И.* Новые подходы к лечению больных с идиопатическим пролабированием митрального клапана / А.И. Мартынов, О.Б. Степура, А.Б. Шехтер [и др.] // Терапевтический архив. — 2000. — № 9. — С.67—70.
6. *Мареев, В.Ю.* Недостаточность митрального клапана в практике терапевта / В.Ю. Мареев, М.О. Даниелян // Русский медицинский журнал. — 1999. — № 15. — С.706—722.
7. *Сумароков, А.В.* Клиническая кардиология: руководство для врачей / А.В. Сумароков, В.С. Моисеев. — М.: Универсум публишинг, 1996.
8. *Чигинева, В.В.* Сравнительная оценка эффективности медикаментозных средств и влияние двукамерной электрокардиостимуляции на клинко-гемодинамические показатели у больных гипертрофической кардиомиопатией: автореф. дис. ... канд. мед наук / В.В. Чигинева. — М.: Медицина, 2001.
9. *Brugada, J.* Right bundle-branch block and ST-segment elevation in leads V1 through V3: a marker for sudden death in patients without demonstrable structural heart disease / J. Brugada, R. Brugada, P. Brugada // Circulation. — 1998. — Vol. 97. — P.457—60.
10. *Dorostkar, P.C.* Long-term follow-up of patients with long-QT syndrome treated with beta-blockers and continuous pacing / P.C. Dorostkar, M. Eldar, B. Bellhassen, M.M. Scheinman // Circulation. — 1999. — Vol. 100. — P.2431—2436.
11. *Goudevenos, J.A.* Ventricular pre-excitation in the general population: a study on the mode of presentation and clinical course / J.A. Goudevenos, C.S. Katsouras, G. Graekas [et al.] // Heart. — 2000. — Vol. 83. — P.29—34.
12. *Elliott, P.M.* Sudden death in hypertrophic cardiomyopathy: identification of high risk patients / P.M. Elliott, J. Poloniecki, S. Dickie [at al.] // J. Am. Coll. Cardiol. — 2000. — Vol. 36. — P.2212—2218.
13. *Schwartz, P.J.* The long QT Syndrome. Cardiac Electrophysiology. From Cell to Bedside / P.J. Schwartz, S.G. Priori, C. Napolitano. — Philadelphia: W.B. Saunders Co., 2000. — P.597—615.

© Ю.В.Чикинев, Е.А.Дробязгин, И.В.Беркасова, А.В.Кутепов, 2009

УДК 616.329-089.844+616.2.329-77

ОТДАЛЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКИ

Юрий Владимирович Чикинев^{1,2}, Евгений Александрович Дробязгин^{1,2}, Инесса Викторовна Беркасова^{1,2}, Антон Вадимович Кутепов²

¹ ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета

² ОГУЗ «Новосибирская областная клиническая больница», отделение торакальной хирургии

Реферат. Приводится анализ результатов экстирпации пищевода с пластикой желудочной трубкой по поводу доброкачественных стенозирующих заболеваний пищевода. В клиническом статусе пациентов, перенесших эзофагопластику, отмечено развитие астенического (47,6%) и демпинг-синдрома (17,5%), дискинезии трансплантата (11,11%) и нарушение проходимости эзофагоанастомоза искусственного пищевода (36,5%). По данным рентгенологического исследования, после пластики пищевода желудочной трубкой чаще всего отмечалось развитие стеноза эзофагогастроанастомоза (34,9%). При эндоскопическом исследовании в желудочной трубке зарегистрирован рефлюкс желчи (31,7%) и признаки атрофии слизистой (15,87%) трансплантата.

Ключевые слова: искусственный пищевод, пластика пищевода, болезни искусственного пищевода.

REMOTE FUNCTIONAL RESULTS OF ESOPHAGOGASTROPLASTY

Yu. V. Chikinev^{1,2}, E. A. Drobyazgin^{1,2}, I. V. Berkasova^{1,2}, A. V. Koutepov²

¹ Novosibirsk State Medical University, Department of Hospital Surgery

² Novosibirsk Regional Clinical Hospital, Department of Thoracic of Surgery

Abstract. It is given an analysis of results of extirpation of esophagus with the plasty by gastric tube concerning benign stenosing diseases of esophagus. In clinical status of patients after esophagoplasty, it is marked the development of asthenic (47,6%) and dumping-syndrome (17,5%), transplantat dyskinesia (11,11%) and disturbance of patency of esophagoanastomosis of artificial esophagus (36,5%). According to data on rocntgenologic resecerch after esophagoplasty by gastric tube it is often marked the development of stenosis of esophagogastro anastomosis (34,9%). In endoscopic research reflux of bile (31,7%) and signs of atrophy of mucous of transplant (15,87%) was registered in a gastric tube.

Key words: artificial esophagus, esophagoplasty, diseases of artificial esophagus.

Введение. В современной хирургии пищевода при доброкачественных и злокачественных заболеваниях все чаще выполняется экстирпация пищевода с одномоментной эзофагогастропластикой. Эта методика, по мнению большинства авторов, по-

зволяет сократить время выполнения оперативного вмешательства и улучшить качество жизни пациентов [1, 4, 7, 10, 12—14, 18—20, 26, 28]. Из всех существующих вариантов эзофагопластики все чаще используется эзофагогастропластика изоперистальтическим желудоч-