

матически не значимо в результате своевременного стоматологического лечения.

ВЫВОДЫ:

1. Нуждаемость в лечении тканей пародонта выявлена у 68,8 % лиц со злокачественными новообразованиями головы и шеи и у 54 % у пациентов, не имеющих онкологических заболеваний.
2. Ухудшение состояния тканей пародонта после проведения лучевой терапии выявлено при всех пред-

ставленных формах рака, при этом степень тяжести заболеваний пародонта зависит от локализации процесса, дозы полученной лучевой нагрузки и наличия санации полости рта.

3. Состояние тканей пародонта после проведения хирургического этапа лечения у лиц группы наблюдения меняется в сторону утяжеления процесса при раке губы и СОПР и глотки.
4. Неблагоприятное влияние химиотерапии на состояние тканей пародонта наблюдается у 100 % пациентов группы наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Чиссов, В.И. Злокачественные новообразования в России в 2007 году (заболеваемость и смертность) / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2009. – 241 с.
2. Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению России в 2006 году / В.И. Чиссов, В.В. Старинский, Г.В. Петрова. – М., 2007. – 178 с.
3. Соловьев, М.М. Рак слизистой оболочки полости рта и языка (резервы улучшения результатов лечения) / М.М. Соловьев // Практич. онкол. – 2003. – Т. 4, № 1. – С. 31-37.
4. Microbiology of acute periodontal infection in myelosuppressed cancer patient / D.E. Peterson, G.E. Minah, C.D. Overnolser et al. // J. Clin. Oncol. – 1987. – V. 5. – P. 1461-1468.
5. Гончарова, Е.И. Поражения тканей полости рта, вызванные источником ионизирующего излучения / Е.И. Гончарова, В.Н. Олесова, В.И. Спицина // Рос. стоматол. журн. – 2002. – № 4. – С. 44-46.
6. Хубер, М. Стоматологическая помощь пациентам с онкологическими заболеваниями / М. Хубер, Г. Терезалми // Квинтэссенция. – 2006. – № 4. – С. 347-370.
7. Химиолучевое лечение больных местнораспространенным раком органов полости рта и ротоглотки / В.В. Карасева, З.Д. Кицманюк, Л.И. Мусабаева и др. // Рос. онколог. журн. – 2000. – № 4. – С. 21-23.
8. Белоусов, Н.Н. Проблемы обследования и диагностики при заболеваниях пародонта / Н.Н. Белоусов, В.И. Буланов // Стоматология. – 2004. – № 2. – С. 19-20.
9. Грудянов, А.И. Обследование лиц с заболеваниями пародонта / А.И. Грудянов // Пародонтол. – 1999. – № 3. – С. 8-13.
10. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва. – М., 2002. – 312 с.



Болотов К.С., Краснов О.А., Подолужный В.И., Павленко В.В., Ооржак О.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово*

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ КИСЛОТОРЕДУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Обследованы через 5 лет 17 пациентов после лапароскопической селективной проксимальной ваготомии и 30 пациентов после лапароскопической комбинированной ваготомии. Зараженность *Helicobacter pylori* в группах была 94,1 % и 90 %. Рецидива язвенной болезни не выявлено. Сохранено статистически значимое угнетение кислотопродукции, в обеих группах эвакуаторные нарушения не обнаружены. Качество жизни оперированных пациентов не отличалось от условно здоровых людей.

Ключевые слова: лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия; лапароскопическая комбинированная ваготомия; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Bolotov K.S., Krasnov O.A., Podolujnii V.I., Pavlenko V.V., Oorzhak O.V.

*Kemerovo State Medical Academy,
M.A. Podgorbunsky City Clinical Hospital N 3, Kemerovo*

LONG-TERM RESULTS OF ACID REDUCING NON-RESECTION SURGERY IN PATIENTS WITH DUODENAL PEPTIC ULCERS

In 5 years 17 patients after laparoscopic selective proximal gastric vagotomy and 30 patients after laparoscopic combined gastric vagotomy were examined. *Helicobacter pylori* infection incidence in groups comprised 94,1 % and 90 % consequently. Ul-

cer recurrence was not observed. Statistically significant acid production inhibition was noticed; there were no evacuation disorders observed in both groups. Quality of life in operated patients did not differ from the one of relatively healthy people.

Key words: laparoscopic selective proximal gastric vagotomy; laparoscopic combined gastric vagotomy; duodenal ulcer.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) широко распространена среди населения России и встречается у 6-10 % взрослого населения, при этом отмечен рост заболеваемости и увеличение числа осложненных форм [1, 2]. Наиболее грозными осложнениями ЯБ ДПК являются перфорация и кровотечение, которые занимают значительную долю в структуре осложнений данного заболевания, что составляет, по данным разных авторов, около 15 и 20 процентов, соответственно [3, 4].

Несмотря на значительный прогресс в развитии медикаментозной терапии ЯБ ДПК, сохраняется высокий процент рецидива язвообразования после проведенной адекватной эрадикационной терапии, который составляет через год 2-3 %; через два года — 16-18 %, и достигает 57 % через 5 лет [5, 6]. В то же время, после органосохраняющих операций с ваготомией частота рецидива составляет 1,5-2 % в сроки более 10 лет после операции. При этом *Helicobacter pylori* (НР) выявляют у 70-95 % больных после хирургического лечения ЯБ ДПК [6, 7].

Появление лапароскопической ваготомии актуализировало проблему хирургического лечения дуоденальных язв в связи с возможностью значительного сокращения сроков реабилитации и снижения общей стоимости хирургического лечения за счет сокращения послеоперационного койко-дня, меньшего процента раневых осложнений. Однако, несмотря на очевидные преимущества, лапароскопическая ваготомия не всегда выполнима, так как требует наличия дорогостоящей аппаратуры и высококвалифицированной хирургической бригады [8, 9].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучены результаты хирургического лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки за период с 2003 по 2006 гг.

Корреспонденцию адресовать:

БОЛОТОВ Константин Сергеевич,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а.
Тел.: 8 (3842) 36-58-09; +7-904-371-32-47.
E-mail: bolotov1982@inbox.ru

Критерий включения в исследование: пациенты с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной рецидивным течением.

Критерии исключения из исследования: пациенты с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, продолжающимся кровотечением, суб- и декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка; пациенты, ранее перенесшие оперативные вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости; больные с сопутствующей патологией, требующей симультанного оперативного лечения (желчнокаменная болезнь, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и др.).

Методика выполнения лапароскопической комбинированной ваготомии (ЛКВ) заключалась в следующем. Поддиафрагмально выделялся задний ствол блуждающего нерва, коагулировался и пересекался на протяжении 1 см. Далее пункционной иглой, несколькими вколами вдоль малой кривизны передней стенки желудка, вводился субсерозно 33 % раствор этилового спирта и формировался инфильтрат шириной 2,0-2,5 см без захвата «гусиной лапки».

Видеолапароскопическая двусторонняя селективная проксимальная ваготомия (ЛСПВ) выполнялась с использованием УЗ-скальпеля. При этом пересекались все желудочные ветви блуждающих нервов без захвата «гусиной лапки». Учитывая «каскадную» деформацию желудка, с целью восстановления клапанной функции кардии выполнялась фундопликация по Ниссену с формированием манжетки высотой 3 см и фиксацией последней к пищеводу.

Через пять лет после операций изучены результаты хирургического лечения у 47 пациентов. Оперированные пациенты разделены на 2 группы. Первая группа представлена 17 пациентами (36,2 %), которым выполнена ЛСПВ. Во вторую группу вошли 30 пациентов (63,8 %), которым выполнена ЛКВ. В обеих группах преобладали мужчины (в первой группе — 88,2 %, во второй — 83,4 %). Средний возраст пациентов в первой группе составил $36,7 \pm 7,4$ лет, во второй — $39,3 \pm 7,8$ лет. Группы сопоставимы по возрасту ($p = 0,307$) и по полу ($p = 0,784$).

В отдаленные сроки после операции проводились следующие обследования: эзофагогастродуоденоскопия с мазками отпечатками на НР, рентгено-

Сведения об авторах:

БОЛОТОВ Константин Сергеевич, врач-хирург, хирургическое отделение № 1, МБУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия. E-mail: bolotov1982@inbox.ru
КРАСНОВ Олег Аркадьевич, доктор мед. наук, профессор, главный врач, МБУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия. E-mail: xo1@mail.ru
ПОДОЛУЖНЫЙ Валерий Иванович, доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: PVI2011@mail.ru
ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, доктор мед. наук, профессор, кафедра госпитальной хирургии, ГБОУ ВПО КемГМА Минздравсоцразвития России, г. Кемерово, Россия. E-mail: pavlenkovv@List.ru
ООРЖАК Орлан Валерийович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, МБУЗ «ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского», г. Кемерово, Россия. E-mail: oorrjakov@mail.ru

копия желудка, суточная рН-метрия, исследование качества жизни по опросникам «SF-36», «GSRS».

Полученные в ходе исследования количественные показатели были обработаны методом вариационной статистики. Результаты исследования представлены в виде среднего значения (М) и стандартного отклонения (σ). Использованы непараметрические критерии: для независимых выборок использован U-критерий Манна-Уитни, для зависимых — T-критерий Вилкоксона. При сравнении групп пациентов различия считались значимыми при $p < 0,05$. Статистические расчеты проведены с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0» (BXXROOIA568531 FAN CD-KEY Q8528DN45GT5M).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Продолжительность ЛСПВ составила $153,8 \pm 30,4$ минут, продолжительность ЛКВ — $57,8 \pm 17$ минут ($p = 0,00$). Этап ваготомии в 1-й группе — $117,6 \pm 27,5$ мин, во 2-й — $50,9 \pm 15,5$ мин ($p = 0,00$). Выявлены статистически значимые отличия, как в длительности операции, так и в длительности этапа ваготомии в пользу ЛКВ.

Средние сроки послеоперационного койко-дня достоверно не отличались и в первой группе составили $7,2 \pm 0,83$ дней, во второй — $7,5 \pm 0,62$ дней ($p = 0,9$). В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась эрадикационная терапия 1-й линии по рекомендациям Маастрихтского соглашения (2000 и 2005 гг.).

Через 5 лет после операции, для изучения степени инфицированности слизистой НР, проведена гастробиопсия в антральном отделе и теле желудка. У 16 больных (94,1 %) 1-й группы и у 27 пациентов (90 %) 2-й группы выявлен хеликобактериоз. Несмотря на это, язвенные дефекты или прогрессирование рубцового процесса, как следствие ранее перенесенных обострений язвенной болезни, не выявлены (табл. 1).

Для исследования состояния желудочной секреции использовали результат компьютерного анали-

Таблица 1
Результаты эзофагогастродуоденоскопии в исследуемых группах больных через 5 лет после операции

Гастрокопическая картина	Вид операции			
	ЛСПВ (n = 17)		ЛКВ (n = 30)	
	абс.	%	абс.	%
Хронический гастрит	17	100	30	100
Дуоденогастральный рефлюкс	4	23,52	8	26,7
Острый гастрит	-	-	-	-
Язва ДПК	-	-	-	-
Пилородуоденальный стеноз	-	-	-	-

Примечание (здесь и далее): ЛСПВ - лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия; ЛКВ - лапароскопическая комбинированная ваготомия.

Таблица 2
Показатели суточной рН-метрии через 5 лет после операции (М $\pm$ σ)

Отделы желудка	Группы сравнения					p
	Здоровые (n = 25) [1]	До ЛСПВ (n = 17) [2]	До ЛКВ (n = 30) [3]	Через 5 лет после ЛСПВ (n = 17) [4]	Через 5 лет после ЛКВ (n = 30) [5]	
Анtrum	5,62 $\pm$ 0,37	3,07 $\pm$ 0,38	3,14 $\pm$ 0,40	5,81 $\pm$ 0,32	5,70 $\pm$ 0,34	p ₁₋₂ = 0,001 p ₁₋₃ = 0,001 p ₁₋₄ = 0,107 p ₁₋₅ = 0,435 p ₂₋₄ = 0,001 p ₃₋₅ = 0,001 p ₄₋₅ = 0,317
Тело	1,78 $\pm$ 0,24	1,37 $\pm$ 0,24	1,35 $\pm$ 0,26	1,81 $\pm$ 0,14	1,82 $\pm$ 0,15	p ₁₋₂ = 0,001 p ₁₋₃ = 0,001 p ₁₋₄ = 0,630 p ₁₋₅ = 0,744 p ₂₋₄ = 0,001 p ₃₋₅ = 0,001 p ₄₋₅ = 0,974
Кардия	1,80 $\pm$ 0,21	1,53 $\pm$ 0,33	1,42 $\pm$ 0,27	1,84 $\pm$ 0,20	1,85 $\pm$ 0,18	p ₁₋₂ = 0,004 p ₁₋₃ = 0,001 p ₁₋₄ = 0,493 p ₁₋₅ = 0,301 p ₂₋₄ = 0,008 p ₃₋₅ = 0,001 p ₄₋₅ = 0,904

за 24-часового ацидогастромониторинга аппаратом «Гастроскан-24». В обеих группах отмечено статистически значимое угнетение кислотопродукции по сравнению с дооперационным периодом. При этом

Information about authors:

BOLOTOV Konstantin Sergeevich, surgeon, surgical department N 1, M.A. Podgorbunsky City Clinical Hospital N 3, Kemerovo, Russia. E-mail: bolotov1982@inbox.ru

KRASNOV Oleg Arkadjevidch, doctor of medical sciences, professor, Head doctor of M.A. Podgorbunsky City Clinical Hospital N 3, Kemerovo, Russia. E-mail: xo1@mail.ru

PODOLUJNII Valerii Ivanovich, doctor of medical sciences, professor, head of surgery chair N 1, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: PVI2011@mail.ru

PAVLENKO Vladimir Vjacheslavovich, doctor of medical sciences, professor, surgery chair N 1, Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo, Russia. E-mail: pavlenkovv@List.ru

OORZHAK Orlan Valerijovich, candidate of medical sciences, chief of surgery department N 1, M.A. Podgorbunsky City Clinical Hospital N 3, Kemerovo, Russia. E-mail: oorjakov@mail.ru

Таблица 3
Результаты рентгенологического исследования
желудка через 5 лет после операции

Сроки опорожнения желудка	До операции		Через 5 лет	
	Число больных	%	Число больных	%
ЛКВ	n = 30			
До 4 часов	30	100	28	93,3
4-8 часов	-	-	2	6,7
8-12 часов	-	-	-	-
ЛСПВ	n = 17			
До 4 часов	17	100	16	94,1
4-8 часов	-	-	1	5,9
8-12 часов	-	-	-	-

Таблица 4
Результаты анкетирования по опроснику «SF-36»
через 5 лет после операции (M ± σ)

Шкалы опросника	Группы сравнения			p
	Здоровые (n = 25) [1]	ЛСПВ (n = 17) [2]	ЛКВ (n = 30) [3]	
PF	87,6 ± 5,23	85,9 ± 5,07	86,3 ± 4,90	p ₁₋₂ = 0,402 p ₁₋₃ = 0,486 p ₂₋₃ = 0,801
RF	79,6 ± 5,39	78,2 ± 6,36	78,3 ± 5,92	p ₁₋₂ = 0,526 p ₁₋₃ = 0,486 p ₂₋₃ = 0,956
BP	83,6 ± 4,90	83,2 ± 4,66	83,7 ± 4,90	p ₁₋₂ = 0,879 p ₁₋₃ = 0,967 p ₂₋₃ = 0,852
GH	60,8 ± 2,77	60,6 ± 4,29	61,3 ± 7,76	p ₁₋₂ = 0,939 p ₁₋₃ = 0,657 p ₂₋₃ = 0,653
VT	56,4 ± 4,90	57,6 ± 4,37	55,7 ± 5,04	p ₁₋₂ = 0,509 p ₁₋₃ = 0,645 p ₂₋₃ = 0,267
SF	73,2 ± 4,76	72,9 ± 4,70	72,3 ± 4,30	p ₁₋₂ = 0,899 p ₁₋₃ = 0,586 p ₂₋₃ = 0,734
RE	74,4 ± 6,51	73,5 ± 4,93	73,7 ± 4,90	p ₁₋₂ = 0,859 p ₁₋₃ = 0,887 p ₂₋₃ = 0,939
MN	61,6 ± 4,73	61,2 ± 4,85	61,3 ± 7,30	p ₁₋₂ = 0,839 p ₁₋₃ = 0,847 p ₂₋₃ = 0,991

Примечание: PF - Physical Functioning (физическое функционирование, обусловленное физическим состоянием); RF - Role-Physical Functioning (ролевое функционирование); BP - Bodily pain (интенсивность боли); GH - General Health (общее состояние здоровья); VT - Vitality (жизненная активность); SF - Social Functioning (социальное функционирование); RE - Role-Emotional (ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием); MN - Mental Health (психическое здоровье).

достоверных отличий кислотопродукции в группах спустя 5 лет после операции выявлено не было. Средние показатели соответствовали норме (табл. 2).

С целью изучения моторно-эвакуаторной функции желудка после перенесенных операций использова-

Таблица 5
Результаты анкетирования по опроснику «GSR5»
через 5 лет после операции (M ± σ)

Шкалы опросника	Группы сравнения			p
	Здоровые (n = 25) [1]	ЛСПВ (n = 17) [2]	ЛКВ (n = 30) [3]	
АБС	9,7 ± 6,67	9,8 ± 5,31	10,0 ± 6,36	p ₁₋₂ = 0,780 p ₁₋₃ = 0,446 p ₂₋₃ = 0,631
РС	4,7 ± 4,15	6,2 ± 2,68	6,5 ± 3,28	p ₁₋₂ = 0,221 p ₁₋₃ = 0,153 p ₂₋₃ = 0,711
ДС	4,2 ± 4,02	4,6 ± 4,04	4,7 ± 3,89	p ₁₋₂ = 0,800 p ₁₋₃ = 0,594 p ₂₋₃ = 0,536
ДПС	7,5 ± 4,49	7,6 ± 3,67	7,6 ± 3,63	p ₁₋₂ = 0,939 p ₁₋₃ = 0,780 p ₂₋₃ = 0,650
ЗС	6,5 ± 3,81	6,6 ± 3,52	6,7 ± 3,04	p ₁₋₂ = 0,980 p ₁₋₃ = 0,980 p ₂₋₃ = 0,592
СИ	13,9 ± 1,85	14,4 ± 1,48	14,5 ± 1,91	p ₁₋₂ = 0,297 p ₁₋₃ = 0,185 p ₂₋₃ = 0,837

Примечание: ЛСПВ - лапароскопическая селективная проксимальная ваготомия; ЛКВ - лапароскопическая комбинированная ваготомия; АБС - абдоминальный болевой синдром; РС - рефлюкс-синдром; ДС - диарейный синдром; ДПС - диспепсический синдром; ЗС - синдром запоров; СИ - суммарный индекс.

ли рентгенологическое исследование желудка (рентгеноскопия) с водно-бариевой взвесью. После приема 200 мл водно-бариевой взвеси изучались форма желудка, наличие перистальтики, время эвакуации. Нарушением эвакуации I-й степени считали опорожнение желудка за 4-8 часов; II-й степени — за 8-12 часов; III-й степени — за 12-24 часов и более (Лепорский Н., Широкова К., 1959). У большинства больных, независимо от методики выполнения ваготомии, эвакуация бариевой взвеси из желудка занимала не более 3 часов. Ни в первой, ни во второй группах значительных нарушений эвакуации бариевой взвеси из желудка не наблюдалось (табл. 3).

При исследовании качества жизни по опросникам «SF-36» и «GSR5» в отдаленные сроки после операции достоверных отличий, как при сравнении обеих групп, так и при сравнении с группой условно здоровых людей, выявлено не было (табл. 4 и 5).

ВЫВОДЫ:

1. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации позволяет статистически значимо снизить кислотопродукцию желудка, не вызывает клинически значимых нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка в сроки до 5 лет наблюдения.
2. Сравнительный анализ исходов вмешательств не выявил достоверных различий между лапароскопической комбинированной ваготомией и лапа-

- роскопической селективной проксимальной ваготомией методом скелетирования у пациентов с ЯБ ДПК. Несмотря на высокий процент инфицированности *Helicobacter pylori*, рецидива язвообразования у пациентов обеих групп не выявлено.
3. Показатели качества жизни оперированных пациентов статистически значимо не отличаются от условно здоровых людей в изучаемые сроки.
 4. Лапароскопическая комбинированная ваготомия с использованием методики химической денервации является наиболее оптимальным способом хирургического лечения за счет меньшей длительности операции и может быть рекомендована для планового оперативного лечения пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной рецидивирующим течением.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов и др. //РМЖ. – 2006. – Т. 14, № 12. – С. 862-864.
2. Ющук, Н. Инфекция *Helicobacter pylori* /Н. Ющук, В. Ивашкин, И. Маев //Мед. газета. – 2006. – № 40. – С. 8-9.
3. Вербицкий, В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Патогенез, диагностика, лечение /В.Г. Вербицкий, С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин. – СПб., 2004. – 242 с.
4. Ширинов, З.Т. Хирургическое лечение заболеваний оперированного желудка /З.Т. Ширинов, Ф.С. Курбанов, С.А. Домрачев //Хирургия. – 2005. – № 6. – С. 37-41.
5. Тридцатилетний опыт лечения больных язвенной болезнью /П.Я. Григорьев, Э.П. Яковенко, Н.А. Агафонова и др. //Клин. медицина. – 1999. – № 9. – С. 45-50.
6. Крылов, Н.Н. Проблемы, которые не могут не волновать: утопии и реалии современного учения о язвенной болезни /Н.Н. Крылов //Вестн. хирургич. гастроэнтерол. – 2007. – № 1. – С. 25-30.
7. Johnston, A.J. Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the management of peptic ulcer? /A.J. Johnston //J. Surg. – 2000. – V. 24. – P. 259-263.
8. Шуркалин, Б.К. Можно ли не ушивать перфоративную язву? /Б.К. Шуркалин, В.А. Горский, А.П. Этингер //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – № 2. – С. 81-86.
9. Mouiel, J. Posterior vagotomy and anterior seromyotomy as elective surgery for duodenal ulcer disease /J. Mouiel, N. Katkhouda //Hepatogastroenterology. – 1999. – V. 46, N 27. – P. 1507-1516.



Нестеров Ю.И., Пышкина О.В.

*Кемеровская государственная медицинская академия,
г. Кемерово,
НУЗ Объединенная больница на станции Кемерово ОАО «РЖД», поликлиника № 2,
г. Топки*

ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Статья посвящена гендерным различиям течения инфаркта миокарда. Представлена подробная информация о факторах риска инфаркта миокарда у женщин репродуктивного возраста в сравнении с мужчинами. Разбираются особенности болевого синдрома и течения инфаркта миокарда в ближайшие и отдаленные периоды у молодых женщин. Представлен клинический случай развития инфаркта миокарда у женщины 36 лет с классическими факторами риска атеросклероза и интактными коронарными сосудами.

Ключевые слова: инфаркт миокарда; молодые женщины; особенности течения; факторы риска; болевой синдром.

Nesterov Y.I., Pyshkina O.V.

*Kemerovo State Medical Academy, Kemerovo
United railway clinical hospital on Kemerovo station «Russian Railways», outpatient clinic N 2, Topki*

**RISK FACTORS AND PECULIARITIES OF MIOCARDIAL INFARCTION COURSE IN YOUNG WOMEN.
CLINICAL CASE**

In the given article analysis of gender differences in myocardial infarction course is given. Detailed data on possible myocardial infarction risk factors in women of childbearing age are observed, they being compared with those in men. Peculiarities of pain syndrome and disease course with regard to early and late outcomes of myocardial infarction have been analyzed. The clinical case of myocardial infarction development in 36 year old women accompanied by classic risk factors such as arteriosclerosis and intact coronary blood vessels is observed in the article.

Key words: myocardial infarction; young women; peculiarities of course; risk factors; pain syndrome.