

чает риск расхождения краев кожной раны и, тем самым, позволяет избежать, связанных с этим, осложнений. Кроме этого, способ позволяет провести надежный гемостаз интраоперационно, что не требует интраоперационного дренирования ложа эндозксандера и сокращает риск инфекционных осложнений. Важным преимуществом предлагаемого способа является и достижение улучшенного, по сравнению с известными, косметического эффекта, за счет достаточного количества пластического материала и отсутствия осложнений.

Методика была внедрена в клинику после одобрения локального этического комитета ГУЗ «Иркутская государственная областная детская клиническая больница (протокол № 3 от 17.02.2008 г.). В работе с пациентами соблюдались этические принципы, предьявляемые Хельсинской Декларацией Всемирной медицинской ассоциации World Medical Association Declaration of Helsinki (1964, 2000 ред.)

В хирургическом отделении ГУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница с 2004 года было прооперировано 32 ребенка с обширными дефектами кожи с использованием метода эндозксандерной дермотензии. Причиной дефектов у 28 (87,5%) пациентов явились рубцовые поражения, и по два случая рубцовой алопеции и пигментного невуса. Из них было 19 (59,4%) мальчиков и 13 (40,6%) девочек. Возраст пациентов распределялся следующим образом: до 3-х лет — 3 случая (9,3%), от 3-х до 7-ми лет — 10 пациентов (3,2%), от 7-ми до 14-ти лет — 15 детей (46,8%) и от 14-ти до 17-ти лет — 4 человека (12,5%). Некоторые дети были оперированы несколько раз. Всего было выполнено 38 операций. При этом наиболее часто локализация дефекта была в области конечностей (84,2%), у трех пациентов — в области шеи, на передней грудной клетке — 4 случая (10,5%) и в области передней брюшной стенки в 2-х наблюдениях (5,3%). Эндоскопическая имплантация эндозксандеров осуществлялась у 12 — ти пациентов (37,5%) (основная группа), у одного ребенка дважды, с промежутком в 2 года в различных анатомических зонах. Одномоментно, через один доступ

было установлено 3 эндозксандера в 4 — х случаях, 2 эндозксандера — 3 — х наблюдениях.

Остальные больные лечились по общепринятой методике и составили группу контроля из 20 — ти пациентов (62,5%).

Результаты и обсуждение

При оценке результатов лечения выявлено, что в основной группе имеется сокращение сроков лечения на 2 недели, осложнений не было, косметический эффект хороший. В группе контроля имели место следующие осложнения: несостоятельность кожных швов — 1, серома ложа эндозксандера — 1, нагноение ложа эндозксандера — 1, пролежень над эндозксандером — 1, пролежень над клапанной трубкой — 1, интраоперационная перфорация эндозксандера — 1. Срок лечения в этой группе при неосложненном течении в среднем составил 57 дней, при наличии осложнений этот срок в среднем увеличивался на 14 дней.

Таким образом, предлагаемый способ пластики повышает эффективность проводимого хирургического лечения обширных дефектов кожи, улучшает эстетический результат, сокращает сроки лечения. Способ может быть использован в пластической хирургии специалистом, владеющим приемами эндоскопической техники.

Предлагаемый способ позволяет:

- провести надежный гемостаз и, следовательно,
- не требует интраоперационного дренирования ложа экспандера,
- не требует дополнительных разрезов кожи при установке нескольких эндозксандеров,
- начать дилатацию на следующие сутки после операции,
- исключить риск расхождения кожной раны, что обеспечивается, отдаленным от зоны растяжения, кожным доступом,
- сократить срок лечения на 10-14 дней,
- улучшить косметический эффект при различной локализации кожного дефекта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеев А.Е. Пластика рубцовых поражений кожных покровов методом эндозксандерной дермотензии у детей: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1997. — 221с.
2. Ваганова Н.А. Хирургическое лечение послеожоговых рубцовых облысений методом тканевого расширения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1992. — 23 с.
3. Гераськин А.В., Хагуров Р.А., Елизаров Н.С. Метод баллонной дермотензии в лечении обширной скальпированной раны волосистой части головы // Детская хирургия. — 2009. — №3. — С.52.
4. Григорьева Т.Г. Дермотензия и эпидермальные клеточные трансплантаты в превентивной и восстановительной

- хирургии ожогов: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 1991. — 44 с.
5. Перловская В.В., Белик А.А., Сапухин Э.В. Способ пластики обширных дефектов кожи: 2364346 Российской Федерации №2008114690; заявл. 14.04.084 опублик. 20.08.09.
6. Marcs M. W., Argenta L. C., Thorton J. W. Burn management: the role of tissue expanders. // Clin. Plast. Surg. — 1987. — Vol. 14. — P. 543-548.
7. Masser M. R. Tisser expansion: a reconstructive revolution or a cornucopia comhlications // Br. J. Past. Surg. — 1990. — Vol. 43. — P. 344-348.

Информация об авторах:

Перловская Валентина Вадимовна — к.м.н., ассистент, e-mail: perlovskaya_valentina@mail.ru,
Сапухин Эдуард Владимирович — к.м.н., заведующий блоком, e-mail: sapukhin@yandex.ru

© КОЧКИН А.В., ФИЛИПОВА Т.П., НОВИЦКАЯ О.Н., КАНЯ О.В., ЗАХАРОВА В.А. — 2011
УДК 616.8-002.5:[616.98:578.828НВ]

СЛУЧАЙ НЕТИПИЧНОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗНОГО МЕНИНГИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО БОЛЬНОГО

Александр Викторович Кочкин², Татьяна Павловна Филиппова¹, Ольга Николаевна Новицкая³,
Олег Витославович Каня⁴, Валентина Александровна Захарова³

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра фтизиопульмонологии, зав. — д.м.н. Т.П. Филиппова; ²Иркутский институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, центральная научно-исследовательская лаборатория, зав. — к.м.н., доц. А.В. Стародубцев;

³ГУЗ «Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер», гл. врач — к.м.н. М.Е. Кошечев;

⁴ГУЗ «Иркутское областное патологоанатомическое бюро», начальник — к.м.н., доц. Л.П. Гришина)

Резюме. Продemonстрирован случай ВИЧ-ассоциированного туберкулёзного менингита, протекавшего под маской острого нарушения мозгового кровообращения. Диагностическая ошибка в данном случае была связана с развитием специфического туберкулёзного воспаления в стенке мозговой артерии, что привело к резкому сужению её просвета и развитию ишемии мозга, что было подтверждено картиной мультиспиральной компьютерной томографии.

Ключевые слова: туберкулёзный менингит, ВИЧ-инфекция, диагностика.

THE CASE OF ATYPICAL COURSE OF TUBERCULOUS MENINGITIS IN HIV-INFECTED PATIENT

A.V. Kochkin², T.P. Filippova¹, O.N. Novitskaya³, O.V. Kanya⁴, V.A. Zakharova³

(¹Irkutsk State Medical University, ²Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education; ³Irkutsk Regional TB Dispensary; ⁴Irkutsk Regional Bureau of Morbid Anatomy)

Summary. A case of HIV-associated tuberculous meningitis coursed under the mask of acute violation of cerebral circulation. Diagnostic error in this case was associated with the development of specific tuberculous inflammation in a wall of the cerebral artery, that lead to a sharp narrowing of the lumen and development of ischemia of brain, what was confirmed by the picture of the RTM.

Key words: TB of central nervous system, HIV-infection, diagnostics.

Инфицирование вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) увеличивает опасность заболевания внелегочным туберкулезом, в том числе — туберкулезом центральной нервной системы (ЦНС) [1,5]. Сведения о характере течения специфического воспаления ЦНС у ВИЧ-позитивных больных неоднозначны: одни исследователи отмечают, что ВИЧ-инфекция не изменяет клинические проявления заболевания и состав цереброспинальной жидкости [1], другие указывают на существенные особенности в развитии туберкулеза этой локализации на фоне иммунодефицита [2,4].

Проведённые нами ранее исследования позволили выявить, что патоморфологическая картина туберкулёзного менингита у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется выраженными воспалительными и пролиферативно-продуктивными изменениями в стенках сосудов головного мозга, их сужением и нередко — развитием инфарктов подлежащих тканей [3]. Обнаружение участков ишемии на мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и магнитнорезонансной томографии (МРТ) головного мозга может приводить к ошибочной диагностике острого нарушения мозгового кровообращения у этих больных.

Описание подобной ситуации мы приводим на примере истории болезни пациента С.

Пациент С., 48 лет, поступил в ГУЗ «Иркутский областной противотуберкулёзный диспансер» (ИОПТД) 10.04.2009 г. в тяжелом состоянии, недоступный продуктивному контакту, поэтому анамнез собран со слов сопровождающей больного родственницы.

Пациент имел бытовой контакт с больными туберкулезом, в том числе — в местах лишения свободы, где находился в течение продолжительного времени и освобожден в 2005 г. В январе 2009 г. перенес ишемический инсульт, подробности развития и локализация которого неизвестны. В ИОПТД доставлен из неврологического отделения медсанчасти Иркутского Авиазавода, где находился с 1.04.2009 по 10.04.2009 г. с диагнозом: Повторный ишемический инсульт в бассейне среднечерепной артерии справа. Атеросклероз сосудов головного мозга. Артериальная гипертензия 3 стадии, 4 риск.

Диагноз инсульта выставлен на основании данных компьютерной томографии головного мозга, на которой в подкорковых паравентрикулярных структурах левой теменной области определялось гиподенсивное поле неправильной формы размерами до 6,5 см плотностью до 21 ед.Н. Спинномозговая пункция не проводилась. При рентгенографии органов грудной клетки были выявлены изменения, характерные для туберкулеза, в связи с чем больной был переведен в ИОПТД.

При поступлении в ИОПТД у пациента определялись левосторонний спастический гемипарез, моторная афазия, тазовые нарушения, фебрильная температура, менингеальных знаков не было. На рентгенограммах органов грудной клетки от 2.04.2009 и 10.04.2009 г. в легких выявлены — пневмосклероз, в верхних долях не-

однородная инфильтрация лёгочной ткани с полостями распада, полиморфные очаги очаговые тени до диафрагмы. В общем анализе крови: эритроцитов $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоцитов $4,8 \times 10^9/л$, гемоглобин 123 г/л, тромбоцитов $175 \times 10^9/л$, палочкоядерных 2%, сегментоядерных 64%, лимфоцитов 29%, моноцитов 5%, СОЭ 63 мм/ч. Методом иммуноблота в крови были обнаружены антитела к ВИЧ, в иммунограмме $CD^{4+} = 0,138 \times 10^9/л$, вирусная нагрузка — более 5000000 с/мл.

Больному было назначено специфическое лечение по индивидуальной схеме химиотерапии: рифампицин 0,45, пиразинамид 1,5, ципрофлоксацин 1,0, протионамид 0,5 в сочетании с детоксикационной, симпатомиметической и ноотропной терапией. Несмотря на проводимое лечение, положительной динамики в состоянии больного не наблюдалось. 7.05.2009 г у больного развился общесудорожный приступ. С подозрением на повторный инсульт пациент был переведен в неврологическое отделение дежурного стационара, где была произведена спинномозговая пункция. В анализе ликвора: цитоз — 8 клеток в 3 полях (нейтрофилов 5, лимфоцитов 3), белок 0,62 г/л. В результате проведенного в неврологическом отделении обследования повторный инсульт был исключен, пациент вернулся в ГУЗ ИОПТД. Впоследствии состояние больного продолжало прогрессивно ухудшаться за счет нарастания общемозговой симптоматики, и 13.05.2009 г. при явлениях отека головного мозга наступила смерть.

С учётом анамнестических, клинико-лабораторных и рентгенологических данных, был выставлен посмертный диагноз: Основной — ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения МБТ(-) 1А. Повторное острое нарушение мозгового кровообращения (7.05.2009 г.). Состояние после повторного ишемического инсульта в бассейне среднечерепной артерии справа (01.04.2009 г.) на фоне ишемического инсульта (январь 2009г). Осложнения: отек головного мозга. Сопутствующий: Атеросклероз сосудов головного мозга. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4.

На аутопсии у пациента выявлены фиброзно-кавернозный туберкулез легких с очагами диссеминации, хронический гепатит, панкреатит, пиелонефрит и серозный (туберкулёзный) менингоэнцефалит. Данных за инсульт не было найдено.

Таким образом, у больного С. клинические проявления заболевания соответствовали симптомам острого нарушения мозгового кровообращения, в связи с чем пациент длительно лечился в стационаре неврологического профиля и только на фоне значительного ухудшения, в крайне тяжёлом состоянии, поступил в ИОПТД. Диагностическая ошибка в данном случае была связана с характерными изменениями картины МСКТ, обусловленными специфическими изменениями в стенке мозговой артерии, что привело к резкому сужению её просвета и ишемии мозга.

Развитие ВИЧ-ассоциированного туберкулёза различных локализаций и, в том числе — туберкулёза центральной нервной системы, у большинства боль-

ных характеризуется нетипичными клиническими проявлениями, что затрудняет диагностику заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Деконенко Е.П. Туберкулез нервной системы // Неврологический журнал. — 2002. — №5. — С.4-10.
2. Корнилова З.Х., Зюзя Ю.Р., Алексеева Л.П., Пархоменко Ю.Г., Ерохин В.В. Клинико-морфологические особенности течения туберкулеза при инфекции // Проблемы туберкулёза и болезней легких. — 2008. — №10. — С.13-20.
3. Новицкая О.Н., Филиппова Т.П., Гавриленко В.В. Клинико-лабораторные проявления туберкулёза центральной нервной системы у ВИЧ-позитивных больных // Сб. мате-

риалов 2 международной научно-практической конференции «Интегративный подход к проблемам туберкулёза и ВИЧ-инфекции». — Гомель, 2011. — С. 162-164.

4. Пархоменко Ю.Г., Ерохин В.В., Зюзя Ю.Р. и др. Патоморфологические изменения в легких при туберкулезе у умерших от ВИЧ-инфекции в стадии СПИДа // Архив патологии. — 2007. — №3. — С.26-28.

5. Покровский В.В., Ладная Н.Н. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции в России // Проблемы туберкулёза и болезней легких. — 2005. — №10. — С.3-12.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ.

Филиппова Татьяна Павловна — д.м.н., заведующий кафедрой, e-mail — filippova_03@bk.ru.

Кочкин Александр Викторович — к.м.н., доцент,

Новицкая Ольга Николаевна — к.м.н., заведующий отделением,

Каня Олег Витославович — заведующий отделением, Захарова Валентина Александровна — врач.

© КАМЕКА Д.Л. — 2011

УДК 614.12-007.331.1-053.88-085:612.4

ЭКСПРЕСС ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И КРИТЕРИИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОБЩЕЙ ВОЗДУШНОЙ КРИОТЕРАПИИ

Денис Леонидович Камека

(Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра физиотерапии и курортологии, зав. — д.м.н., проф. С.Г. Абрамович)

Резюме. Общая воздушная криотерапия — новый метод лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата. Поскольку процедура является экстремальным фактором воздействия на человека, то может приводить к возникновению сердечно-сосудистых осложнений. Изучение влияния холодового фактора на сердечно-сосудистую систему у 46 практически здоровых лиц выявило двухфазность эффекта, когда начальная сосудосуживающая реакция после 3-5 процедур сменяется сосудорасширением и выраженным хронотропным эффектом. Общая воздушная криотерапия, проводимая через день, при температуре -120°C , в количестве 8 сеансов при нормальных показателях АД и сократительной функции сердца является залогом успешного лечения.

Ключевые слова: общая воздушная криотерапия, сердечно-сосудистая система, критерии безопасности.

EXPRESS-EVALUATION OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM AND THE CRITERIA FOR SELECTION OF PATIENTS FOR WHOLE-BODY AIR CRYOTHERAPY

D.L. Kameka

(Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education)

Summary. Whole-body air cryotherapy is a new method of treatment of patients with pathology of the musculoskeletal system. Since the procedure is an extreme factor for exposure to a patient, it can lead to cardiovascular complications. Studies of the effect of cold factor on the cardiovascular system in 46 healthy individuals revealed a bi-phasic effect, when the initial vasoconstrictor response after 3-5 procedures replaced vasodilatation and pronounced chronotropic effect. Whole-body air cryotherapy is carried out through the day, at a temperature of -120°C , in an amount of 8 sessions with normal blood pressure and contractility of the heart and is the key to successful treatment.

Key words: whole-body air cryotherapy, cardiovascular system, the safety criteria.

В медицинских центрах и санаториях России с 2005 года для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата стала использоваться общая воздушная криотерапия (ОВКТ) [1]. Этот физический метод лечения основан на воздействии сухого охлажденного воздуха с температурой от -60°C до -120°C на всё тело человека без выраженных сдвигов в терморегуляции организма [2, 3].

Однако широкое внедрение ОВКТ в медицинскую практику требует изучения воздействия холода на организм человека, так как экстремально низкая температура относится к стресс-факторам и может являться самостоятельным фактором риска развития осложнений.

Цели работы: изучение краткосрочных сдвигов в сердечно-сосудистой системе под влиянием ОВКТ и поиск индикаторов, обеспечивающих безопасность процедуры.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 46 человек, подписавших добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Мужчин было 30 (65,2%), женщин 16 (34,8%), средний возраст которых составил $40,4 \pm 3,1$ лет. Большинство обследуемых были практически здоровыми людьми и лишь 24,5 % лиц отмечали у себя периодические боли в позвоночнике и суставах. Уровень систолического артериального давления (САД), у всех пациентов не превышал 140, а диастолического артериального давления (ДАД) 90 мм рт. ст.

Всем обследуемым до и после процедуры ОВКТ исследовались САД, ДАД, пульсовое артериальное давление, определялось число сердечных сокращений (ЧСС), рассчитывался гемодинамический индекс (ГДИ=(АД