

аппаратом в клинической практике. Необходимо отметить высокую техническую эффективность СЛД при мобилизации сторожевого лимфатического узла. Этих операций нами выполнено 15, после удаления макропрепарата – 7. Выделение сторожевых лимфатических узлов сопровождалось непрямой хромолимфографией, ультразвуковым сканированием при локализации патологического процесса на конечностях, раке молочной железы.

Тотальные зональные лимфатические диссекции выполнены при раке молочной железы – 5, при операции типа Дюкена – 7, при раке кожи, мягкотканых опухолях конечностей – 4. Осложнений у этих пациентов не было. С целью стабильности рака и других новообразований *ex vivo* было выполнено 18 липосакций. Этот метод позволил обнаружить все лимфатические узлы. В патогистологическом материале сохранились не поврежденные лимфатические узлы, кровеносные и лимфатические сосуды, нервы. Это позволяло, после морфологической верификации, с максимальной достоверностью устанавливать диагноз.

После накопления, пусть и небольшого опыта тотальных лимфатических диссекций, мы переключились на межзональные. Это технологически оптимального, на наш взгляд, использования метода липосакции. Выделяется сторожевой лимфатический узел, он верифицируется. Далее (при магистральном типе), СЛД используется для разобщения с центральным коллектором лимфатического оттока (звено оттока), далее СЛД применяется для межзонального разъединения и, наконец, при отделении звена притока. Подобных операций нами выполнено 11, в основном при операциях на нижней и верхней конечности при метастазах в регионарные лимфатические узлы. Операция тунорэктомии с путями лимфатического оттока выполнена *ex vivo* на препаратах рака молочной железы, раке желудка. Подобных операций выполнено 5. Эксперименты убедили нас в возможности выполнения органосохраняющих операций – тунорэктомии с лимфатической диссекцией. Эффективность этих операций повышается при использовании высоких технологий, в том числе СЛД

Выводы. РЧА является высокоэффективным методом воздействия на метастазы печени при раке желудка и толстой кишки. Годичная выживаемость у этой категории больных $\geq 90\%$. СЛД – реальная технология, повышающая возможности лимфатической диссекции у онкологических больных.

Литература

1. *Вашакмадзе Л.А. и др.* // Мат-лы 2-го съезда колопроктол. России.– Уфа, 2007.– С.233–234
2. *Воробьев Г.И. и др.* // Мат-лы 2-го съезда колопроктол. России.– Уфа, 2007.– С.238–240
3. *Ганцев Ш.Х. и др.* Ультразвуковая диссекция и липодеструкция в онкохирургии.– Челябинск: изд-во Татьяны Лурье, 2007.– 92 с.
4. *Давыдов М.И.* Этюды онкохирургии.– М., 2007.– 54 с.
5. *Долгушин Б.И. и др.* Радиочастотная термоабляция опухолей печени.– М.: Практическая медицина, 2007.
6. *Луцевич Э.В. и др.* // Вестник хир. им. И.И. Грекова.– 2002.– №1.– С.120–123.

УДК 616.3

СОПОСТАВЛЕНИЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЧАСТНЫХ ФОРМ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ БРОНИАЛЬНОЙ АСТМЕ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

С М КИРИЛЛОВ, М.М.КИРИЛЛОВ*

Нами было обследовано 562 больных БА и 672 больных хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), в их числе – соответственно 286 и 356 больных с патологией пищеварительной системы (ПС) [1]. Сопоставление клинико-диагностических показателей патологии ПС при бронхиальной астме (БА) и ХОБЛ предполагало как представление об их общности. Но и особенно были несомненны: более старший возраст больных ХОБЛ в отличие от БА, существенно более редкий у них аллергологический анамнез, свидетельства необратимости бронхиальной об-

струкции в подавляющем большинстве случаев, меньшая частота эозинофилии, мокроты и крови, а также более чем вдвое больший удельный вес курящих больных и вдвое меньший процент применения системных глюкокортикостероидов (ГКС). К этому следует добавить применение антибиотиков при их обострении.

Цель работы – сопоставление частоты и клинико-патогенетической картины основных форм патологии ПС при БА и ХОБЛ (табл.1–6).

Таблица 1

Частота основных видов патологии ПС при БА и ХОБЛ

Заболевания ПС	Бронхиальная астма, n=562		ХОБЛ, n=672	
	абс	%	абс	%
ГЭРБ	33	5,6	20	3,0
Гастрит	129	22,9	150	22,3
Язв. болезнь	81	14,4	74	11,0, p=0,007
Панкреатит	53	9,4	53	7,9
Холестит	124	22,1	171	25,4, p=0,16
Гепатит	8	1,4	22	3,3
Стеатоз	41	7,3	86	12,8, p=0,016*
Заб кишечника	24	4,3	59	8,8, p=0,0017*

Очевидно отсутствие существенных отличий сравниваемых показателей. Это свидетельствует о доминанте общности патологии ПС при таких, казалось бы, различных, заболеваниях как БА и ХОБЛ, и подтверждает вывод о том, что внелегочная висцеральная сфера (на примере патологии ПС) при БА и ХОБЛ оказывается более инертной и независимой по отношению к нозологической самостоятельности БА и ХОБЛ, еще недавно рассматривавшихся как единое заболевание.

Таблица 2

Сопоставление гастроэзофагеальной болезни при БА и ХОБЛ (в %)

Показатель	БА, n = 33	ХОБЛ, n = 20	Разница
Мужчины	51,5	73,9	+ 22,4, p=0,09
Старше 70 лет	30,3	43,5	+13,2
Обострение (ПС)	80,6	78,6	- 2,0
Возникновение позже заболеваний легких	45,5	52,2	+ 6,3
Как осложнение	42,4	60,9	+ 18,5, p=0,1
Предшествующее без обострения	30,3	17,4	- 12,9
С обострением	30,3	39,1	+ 8,8
Сочетание обострений	66,7	26,1	- 39,3, p=0,004*
Аллергия	45,5	-	- 45,5, p=0,007*
Лечение ГЭРБ	72,7	60,9	- 12,2

* – здесь и далее разница показателей при БА и ХОБЛ статистически достоверна (p<0,01)

Патогенетическая основа патологических процессов в ПС при БА и ХОБЛ характеризуется значительной общностью. Отмечено важное значение аллергии, главным образом при БА. С частотой проявлений внелегочной аллергии, иммуноглобулинемии Е коррелировали частота ГЭРБ, эрозивно-язвенных поражений желудка, симптоматических язв, обменных нарушений печени (r=0,78). При ХОБЛ эта связь прослеживалась в меньшей степени. Длительная интоксикация была характерна для ХОБЛ (без патологии ПС r= 0,87, с патологией 0,95) и лежала в основе субатрофических и эрозивных процессов в слизистых желудка и 12-иперстной кишки (r=0,99). Эти явления отмечались и при астме (r=0,92). Корреляционный анализ подтвердил достоверное значение роста ЛИИ в формировании нарушений обменных функций при БА и ХОБЛ. Влияние гипоксемии на частоту эрозивных процессов и функциональное состояние печени: корреляции ЖЕЛ (ОФВ 1) и частоты эрозий слизистой желудка для БА составили r=0,87, для ХОБЛ=0,97; корреляции ЖЕЛ и частоты нарушений обменных процессов для БА – r=0,99, для ХОБЛ – r=0,86.

Сопоставление клинико-диагностической картины заболеваний ПС при БА и ХОБЛ позволило на частном уровне подтвердить степень их общности и различий.

Наряду с констатацией признаков, характерных для ХОБЛ (большая частота мужчин, лиц старше 70 лет), а также для БА (аллергия), следует отметить большую частоту случаев, когда ГЭРБ наблюдается как осложнение или течет с обострением, причем и при БА, и при ХОБЛ (чаще при ХОБЛ). Сочетанное течение обострений основного заболевания и ГЭРБ, частое и при БА, и при ХОБЛ, наблюдалось чаще при БА.

* Кафедра терапии Саратовского военно-медицинского института

Таблица 3

Сопоставление хронического гастрита при БА и ХОБЛ (в %)

Показатель	БА, n = 135	ХОБЛ, n = 166	Разница
Мужчины	59,3	75,3	+ 16,0, p=0,003*
Старше 70 лет	17,9	53,4	+ 25,0, p=0,00001*
Обострение (ПС)	33,3	34,3	+ 1,0
Позже заб-й легких	25,2	19,3	- 5,9
Осложнение	16,3	19,9	+ 3,3
Без обострения	64,4	74,7	+10,3, p=0,006
С обострением	26,7	23,5	- 3,2
Сочетание обострений	24,4	20,5	- 3,9
Аллергия	56,3	7,2	- 49,1, p=0,0001*
Лечение гастрита	57,1	44,0	- 12,9, p=0,025

Разница клинико-диагностической картины хронического гастрита при БА и ХОБЛ связана не с особенностями самого гастрита (существенных отличий нет), а с особенностями основных заболеваний (большая частота мужчин, больных ХОБЛ, старше 70 лет и проявлений аллергии при БА).

Таблица 4

Сопоставление язвенной болезни при БА и ХОБЛ (в %)

Показатель	БА, n = 89	ХОБЛ, n = 73	Разница
Мужчины	50,6	80,8	+ 30,2, p=0,0001*
Старше 70 лет	39,3	52,1	+ 12,8, p=0,09
Обострение (ПС)	26,9	30,1	+3,2
Позже заб-ний легких	16,9	10,9	- 6,0
Осложнение	13,5	13,7	+0,2
Без обострения	71,9	65,8	- 6,1
С обострением	17,9	31,5	+13,6, p=0,045
Сочетание обострений	20,2	28,8	+ 8,6
Легочное сердце	14,6	21,9	+ 7,3
Аллергия	47,2	8,2	- 39,0, p=0,0001*

Отмечаемая разница отражает не столько особенности язвенной болезни, сколько особенности ХОБЛ по отношению к БА. Это касается демографических показателей (преобладание мужчин и лиц >70 лет), а также редкость аллергологического анамнеза – прерогативы астмы. Очевидны показатели, говорящие о более частом обострении язвенной болезни при ХОБЛ.

Таблица 5

Сопоставление холецистита при БА и ХОБЛ (в %)

Показатель	БА, n = 163	ХОБЛ, n = 211	Разница
Мужчины	43,8	74,4	+ 31,6, p=0,0001*
Старше 70 лет	34,0	62,6	+28,6, p=0,00001*
Обострение (ПС)	18,4	11,4	- 7,0, p=0,05
Позже заб-ний легких	7,4	7,1	-0,3
Осложнение	4,9	7,6	+ 2,7
Без обострения	83,4	82,2	- 1,2
С обострением	9,8	10,4	+ 0,6
Сочетание обострений	11,0	9,9	- 1,1
Легочное сердце	6,1	14,2	+ 8,1, p=0,01
Аллергия	42,9	7,1	- 35,8, p=0,0001*

Группа больных ХОБЛ, страдающих холециститом, характеризуется статистически значимым преобладанием мужчин и лиц старше 70 лет, однако это вообще характерно для ХОБЛ у пожилых в сравнении с БА. И, напротив, в этой группе существенно реже отмечена аллергия, чем при астме, что вполне закономерно. Необходимо отметить большую частоту изолированного течения холецистита при ХОБЛ и редкость случаев холецистита, «осложняющих» и БА, и ХОБЛ.

Таблица 6

Сопоставление заболеваний кишечника при БА и ХОБЛ, в %

Показатели	БА, n = 26	ХОБЛ, n = 53	Разница, в %
Мужчины	50,0	79,2	+29,2, p=0,15
Старше 70 лет	48,0	62,3	+5,3
Обострение (ПС)	30,8	26,4	- 4,4
Позже заб-й легких	23,1	9,4	- 13,7
Осложнение	11,5	18,9	+7,4
Без обострения	61,5	69,8	+8,3
С обострением	38,5	22,6	-15,9, p=0,23*
Сочетание обострений	26,9	24,5	- 2,4
Легочное сердце	23,1	7,5	- 15,6
Аллергия	38,5	1,9	- 36,6, p=0,0001*

Разница в частоте показателей между группами больных БА и ХОБЛ с патологией кишечника незначительна. Однако

обращает внимание большая частота мужчин >70 лет среди больных ХОБЛ, большая редкость развития у них патологии кишечника на фоне ХОБЛ, а также случаев легочного сердца и аллергологического анамнеза. Суммируя данные анализа сопоставления основных форм патологии ПС при БА и ХОБЛ, надо выделить закономерности: о доминанте влияния на формирование клинической картины у больных с патологией ПС заболеваний легких, со свойственными им клинико-патогенетическими особенностями; о сходстве основных параметров самой патологии ПС у легочных больных и об иерархии патогенетических связей патологии ПС по степени их тесноты с основными заболеваниями. Проведенный частный анализ подтверждает общие закономерности.

Литература

1. Кириллов М.М., Кириллов С.М. Патология пищеварительной системы при бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких (общность и отличия): Монография.– Саратов.– М., 2007.– 182 с.

УДК [616.2-022:578.825]-085.89

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ – СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ

Л.В. ФАТЕЕВА*

Полость носа выполняет ряд жизненно необходимых функций, одной из самых важных является защитная функция, которая осуществляется слизистой оболочкой за счёт выработки факторов, создающих местный иммунитет (прежде всего иммуноглобулины А), и за счёт мукоцилиарного клиренса. Иммунные нарушения в полости носа в этой ситуации выражаются развитием аллергического воспаления с местными клиническими проявлениями – аллергического ринита (АР) [13]. Распространённость АР среди детского населения в возрасте от 7 до 14 лет колеблется от 10 до 38%, что соотносится с данными исследований в европейских странах. В США АР страдают 20–40 млн. людей, распространённость заболевания среди детей достигает 40%. [1]. Выявление значимого влияния изменившейся окружающей среды на здоровье населения было принято во внимание ВОЗ, которая выступила инициатором крупномасштабного исследования «Аллергический ринит и его влияние на астму» (ARIA, 2001).

Цель работы – анализ состояния вопроса по данным последних исследований.

Распространённость АР наиболее часто проявляется к 6-7 годам жизни, в то время как первые симптомы заболевания проявляются уже в 2-3 года, а иногда и на первом году жизни. [2]. Причинами развития аллергического ринита считаются отягощённая наследственность по atopическим заболеваниям, превышение допустимого порога обсеменённости микроорганизмами, продуктами жизнедеятельности клещей, пылью растений, грибами и бытовой пылью; первичное и вторичное снижение иммунитета; туберкулёзная инфицированность. Клиника аллергического ринита характеризуется периодами обострений и ремиссии, особенно ярко это проявляется при интермитирующем аллергическом рините. Обострения персистирующего ринита развиваются при очередном контакте с причинно-значимыми аллергенами в течение всего года, а при интермитирующем рините приступ заболевания развивается в период цветения растений, пыльца которых обуславливает аллергическое воспаление. Однако даже минимальное количество аллергенов, присутствующих во внешней среде, и воздействие веществ, раздражающих слизистую оболочку носа, поддерживают в ней воспаление, которое ведёт к усугублению затруднения носового дыхания, к которому человек нередко адаптируется и, лишь когда развиваются другие симптомы (гипосмия, гнусавость, тугоухость и др.), обращается к врачу. В детском возрасте длительное нарушение дыхания через нос, ведущее к появлению храпа и постоянно приоткрытому рту, воспринимают как «аденоидное лицо» и рекомендуют аденотомию. АР был выявлен у 36% храпящих детей [7]. Рентгенография детей с АР, выявила изменения в околоносовых пазухах у 92%

* «Плехановская амбулатория» 301114 Тульская область, Ленинский район, пос. Плеханово, ул. Заводская д.1