

нефрологических заболеваниях. — Клин. Мед. — 1981; 10: 38-42.

6. Красильников Д. М. Лазерное излучение в диагностике и комплексном лечении больных с острой непроходимостью кишечника Дис. д.м.н. — М; 1993.

7. Маянский А. Н., Маянский Д. Н. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. — Новосибирск: Наука; 1989. — С. 123-254.

8. Неустроев Г. В., Ярима И. В., Неустроев Д. Г. и соавт. Новые методы оценки тяжести эндогенной интоксикации у хирургических больных. — Вест. Хирургии. — 1998; 3: 30-33.

9. Оболенский С. В., Малахова М. Я., Ершов А. Л. Диагностика стадий эндогенной интоксикации и дифференцированное применение методов эфферентной терапии. — Вест. Хирургии. — 1991; 3: 95-100.

10. Редько А. А., Мамченко А. В. Основные тенденции госпитализации больных с диагнозом «Острый живот». — Вест. хирургии. — 1996; 6: 94-95.

11. Султанов Г. А., Алиев С. А. Хирургическая тактика при раке ободочной кишки, осложненной непроходимостью. — Хирургия. — 1998; 2: 17-20.

12. Gaupera T., Selielid R. Plasma fibronectin contributes to fibronectin in tissues. Acta Chir. Scand. — 1995. — Vol. 15, № 3. — P. 193-199.

13. Lund I., Gandrup P., Balslev I. Colonik ileus Treatment of colonik ileus a 10-year patient material J Coll Surg Edinb. — 1997; 36; 6: 182-184.

14. Richards P. S., Saba T. M. Effect of endotoxin on fibronectin and Kupffer cell activitu. — Hematology. — 1995. — Vol. 5, № 1. — P. 32-37.

Уточнение показаний к оперативному лечению больных, страдающих ронхопатией

Р. Г. БАТЫРШИН, Т. Р. БАТЫРШИН, В. Н. КРАСНОЖЕН, С. А. РАГУЗИНСКАЯ, Т. С. ЛИТОВЕЦ.

Казанская государственная медицинская академия.

Клиника оториноларингологии «КОРЛ» г. Казани

Ночной, или сонный, храп — явление весьма распространенное и сложное, поэтому требует углубленного изучения в различных аспектах. Несвоевременное обращение пациента к врачу, недооценка состояния собственного здоровья человеком, храпящим во сне, может привести к тяжелым последствиям в виде синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). В опубликованных работах перечисляются основные причины возникновения СОАС: назальная обструкция, патология небно-глоточного комплекса, заболевания центральной нервной системы, заболевания сердечно-сосудистой системы, патология смешанного генеза [1, 2, 3, 7].

Как полагает большинство авторов [5, 6, 7, 8], акустический феномен под названием «сонный храп» возникает при вибрации мягкого неба и небного язычка на фоне снижения тонуса их мышц, а также мышц глотки в целом. По мнению исследователей, в 90% всех форм СОАС имеют место различные нарушения проходимости верхних дыхательных путей [2, 7, 8].

Известно также, что стойкое длительное ротовое дыхание при назальной обструкции ведет к деформации лицевого скелета, в частности твердого неба и мягкотканых образований ротоглотки. Возникающие при этом изменения архитектоники небно-глоточного комплекса в свою очередь создают условия для развития храпа. Постоянное ротовое дыхание противостоит и способствует нарушению трофики тканей мягкого неба и глотки. В связи с сонным храпом пристальное внимание обращается на размеры небного язычка, как основного элемента в механизме развития храпа [5, 6, 8].

Целью настоящего исследования явилось уточнение показаний к радиочастотной увулопалатопластике на основе изучения особенностей строения мягкого неба и вегетативной иннервации у больных назальной обструкцией и ронхопатией.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов в возрасте от 20 до 70 лет, обратившихся в ринологический центр г. Казани по поводу затрудненного носового дыхания и ночного храпа. Среди них мужчин было 37, женщин 13. Больные распределялись по возрасту на 3 группы: 20-35 лет (12 человек), 36-50 лет (18 человек), 50-70 лет (20 человек). Контрольную группу составили 10 человек без патологии ЛОР-органов в возрасте 24-60 лет. В ходе сбора анамнеза установлено, что у большинства пациентов основными были жалобы на затруднение носового дыхания, при этом не обращалось серьезного внимания на присутствие храпа во сне. Пациенты небольшой группы (8 человек) при первичном осмотре жаловались на ночной храп, а патология полости носа и носоглотки выявлена при объективном обследовании.

Всем больным, помимо традиционных методов обследования, проводились эндоскопия носа и носоглотки ригидными и фиброэндоскопами фирмы «Olympus», в отдельных случаях РКТ носа и околоносовых пазух.

Для оценки состояния вегетативного гомеостаза проведение обследования у 18 пациентов — изучали вариабельность ритма сердца, отражающая характер преобладания того или



иного отдела вегетативной нервной системы, определяли показатель адренореактивности по величине 3-адренорецепции клеточных мембран эритроцитов, как маркера стрессового напряжения организма [9]. В отдельных случаях при подозрении на центральное происхождение храпа назначали полисомнографию [1, 2, 3, 4].

Пациентам основной и контрольной группы проводили антропометрическое обследование шеи [11], исходя из теории В. Н. Шевкуненко, когда в соответствии с формой шеи и головы находится топография заключенных в них органов [10]. У обследуемых установлены индексы крайних форм изменчивости шеи, а также особенности строения глотки, мягкого неба.

Основным методом лечения пациентов был хирургический. В ходе радиочастотной увулопалатопластики производилась биопсия, взятый биопат подвергали гистохимическому исследованию. Для изучения нервных структур слизистой оболочки мягкого неба применяли методы окраски по Бильшовскому-Грос в модификации Кампос, Карновскому-Рутс (для выявления холинергических нервных волокон); метод инкубации в глуксидовой кислоте по Линдвалю-Бюрклунду в модификации В. Н. Швалева, Н. И. Жучковой (1990) — для выявления адренергических нервных волокон [12].

Выбранная нами тактика хирургического лечения предусматривала восстановление носового дыхания методом функциональной эндоскопической операции в сочетании с радиочастотной увулопалатопластикой аппаратом «Ellman-Surgitron». Она показала свою эффективность у большинства пациентов, страдавших сонным храпом. Четырнадцать пациентам, страдавшим сонным храпом в сочетании с патологией носа и околоносовых пазух, проведено подобное комплексное хирургическое лечение [13, 14]. В 11 случаях оперативное вмешательство производилось одномоментно, а в 3 случаях в два этапа с интервалом в 1,5-2 месяца.

Результаты исследования и обсуждение

У пациентов основной группы, обратившихся в ринолорингический центр, выявили различные виды патологии, приводящие к затруднению носового дыхания. По частоте на первом месте были деформации перегородки носа (29 больных), гипертрофический ринит (18 больных), вазомоторный ринит (31 больной), аллергический ринит (7 больных), хронический полипозный риносинусит (11 больных), буллезная средняя носовая раковина (15 больных). Более чем в половине случаев обструкция носа была обусловлена сочетанием нескольких видов патологии.

Следует отметить, что при выполнении фаринголарингоскопии у пациентов, страдавших сонным храпом, часто наблюдали резко выраженный рвотный рефлекс. Определить форму, истинные размеры небного язычка, его патологические изменения можно лишь при спокойном открывании рта. При появлении небно-глоточного рефлекса язычок укорачивается, утолщается, а в фазе ослабления рефлекса обретает значительную длину, истончается. Такая трансформация язычка очень обманчива, его движения напоминают «пиявку». Наиболее полную информацию о состоянии небного язычка можно получить, проанализировав видеозапись фарингоскопии пациента.

В норме кончик небного язычка имеет округлую или овальную форму. Однако у больных, страдавших ночным храпом, кончик язычка удлинялся, истончался, принимал «нитевидную» или «мечевидную» форму за счет отека слизистой оболочки. Характерным признаком у храпящих людей являлось формирование поперечных складок разной глубины и числа в области основания язычка, которые хорошо за-

метны при сокращении мягкого неба. В фазе расслабления мягкого неба можно увидеть, как удлинённый, отечный язычок свободно ложился на корень языка.

При антропометрии шеи у пациентов, страдавших носовой обструкцией и ночным храпом к брахиморфному (индекс 60-75) типу отнесено 26 человек. Мезоморфный тип (индекс 76-90) шеи установлен у 19, долихоморфный тип (индекс 91-100) у 5 больных [11].

У пациентов основной группы с короткой, толстой шеей (брахиморфный тип) мягкое небо и небный язычок имели более широкое и укороченное строение, а нижняя треть язычка была удлинена (за счет отека слизистой оболочки), достигая корня языка.

Пациенты с длинной шеей (долихоморфный тип), встречавшиеся среди пациентов с храпом редко, имели изначально удлинённую форму, а в области свободного конца язычка отечная слизистая оболочка плотно прилегала к корню языка.

Волонтеры контрольной группы (10 человек) не предъявляли жалоб на затруднение носового дыхания и храп. Из них у 7 человек при всех трех типах строения шеи, выраженных вторичных изменений мягкого неба и язычка, характерных для храпящих людей, не отмечалось. У 3-х обследованных отмечали отечность, гиперплазию слизистой оболочки неба и язычка на фоне вредных привычек (курение, употребление алкоголя).

По результатам исследования вегетативного гомеостаза в основной группе больных выявлено преобладание низкого типа реактивности (45,2%). Нормальный тип реактивности у пациентов, страдавших храпом, отмечали в 20,0% случаев, а высокий соответственно в 29,0%. Исходя из этого, можно предположить относительное преобладание парасимпатических влияний у страдавших храпом. Однако, следует учитывать то, что при избыточном ваготоническом влиянии, способном подавить нормальный симпатический ответ на какой-либо вид деятельности, повышенная парасимпатическая реакция может способствовать компенсаторному усилению адренергических влияний. Результаты исследования адренореактивности по величине 3-адренорецепции клеточных мембран позволили выявить более высокий уровень десенситизации рецепторов мембран эритроцитов к адреналину у больных ронхопатией по сравнению с нормой. Это свидетельствует об усилении симпатoadреналовой активности, что во многих случаях является следствием стресса. Исходя из сказанного, можно сделать вывод о наличии в патогенезе СОАС сложного механизма вегетативного дисбаланса, что не позволяет однозначно судить о превалировании того или иного отдела вегетативной нервной системы.

Предварительные морфологические исследования удаленных в ходе оперативного вмешательства тканей мягкого неба и язычка у пациентов молодого возраста 20-35 лет показали наличие достаточно выраженных симпатических сплетений, тогда как в возрастной группе от 51 до 70 лет определили тенденцию к значительному снижению концентрации симпатических нервных образований. Эти данные можно расценить как проявления возрастной десимпатизации слизистой оболочки мягкого неба и, соответственно, ослабление адаптационно-трофической функции вегетативной нервной системы. На препаратах по изучению чувствительных и вегетативных холинергических нервных структур в обеих возрастных группах каких-либо значимых дегенеративных изменений выявлено не было.

По данным антропометрии шеи можно сделать предположение, что на фоне существующей предрасположенности основной причиной храпа у человека является не врожден-

ная длинная форма язычка, а приобретенные вторичные изменения трофического генеза.

При наблюдениях в ближайшие и отдаленные сроки (от 6 месяцев до 1 года) у 50% пациентов наступило полное исчезновение храпа, а в остальных случаях храп продолжался непостоянно, не имел прежней силы громкости. К данной категории относятся, прежде всего, пациенты пожилого возраста с длительным сроком страдания данной патологией. Это в определенной степени согласуется с существующим фактором естественной возрастной инволюции симпатических сплетений. В случаях вегетоневроза, затрудняющего реабилитацию больных храпом, необходимо корректирующее лечение совместно с неврологами.

Анализируя полученные данные можно отметить, что в развитии сонного храпа и СОАС имеет большое значение дегенерация симпатического отдела вегетативной нервной системы, которая наступает как при носовой обструкции, так и при других патологических состояниях в органах шеи и заболеваниях общего характера. При этом играет значительную роль и естественная инволюция адренергической иннервации. Подтверждением тому служат показатели гистохимического изучения симпатического нервного аппарата слизистой мягкого неба и язычка. Отсюда следует, что относительно невысокую эффективность хирургического лечения храпа в ряде случаев, особенно у лиц пожилого возраста, можно объяснить тем, что, несмотря на современные методы обследования (полисомнография) не всегда удается до конца выявить и устранить все причины способствующие развитию храпа. Данное обстоятельство необходимо учитывать при отборе больных и подготовке их операции. Даже идеально выполненная корригирующая операция в полости носа, носоглотки и мягкого неба не во всех случаях достигает цели. Поэтому больные должны быть предупреждены о соблюдении всех условий,

способствующих устранению храпа — исключение вредных привычек, проведение контроля избыточного веса, лечение сопутствующих заболеваний, подвижный образ жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зильбер А. П. Синдром сонного апноэ. — Петрозаводск. — 1994; 193.
2. Лопатин А. С., Бузунов Р. В., Смушко А. М., Дорощенко Н. Э., Ерошина В. А. — Рос. ринол. — 1998; 4: 17-33.
3. Шелудченко Т. П., Лопатин А. С., Калинин А. Л., Барнова А. М. — Вестн. оторинолар. — 2003; 4: 28-32.
4. Селиванова О., Фишер И., Гозепат Я., Манн В. — Рос. ринол. — 2000; 4: 31-36.
5. Минин Ю. В., Кучеренко Т. И., Минина А. Ю. — Вестн. оторинолар. — 2005; 16: 13-16.
6. Елизарова Л. Н., Ракша А. П., Гринчук В. И. — Вестн. оторинолар. — 2005; 3: 20-24.
7. Овчинников Ю. М., Фишкин Д. В. — Вестн. оторинолар. — 2000; 4: 52-53.
8. Пальчун В. Т., Лапченко А. С. — Вестн. оторинолар. — 1998; 5: 64-70.
9. Длусская И. Г., Бобровницкий И. П., Разинкин С. М., Стрюк Р. И. — Авиакосмич. и экол. мед. — 1997; 5: 64-70.
10. Курс оперативной хирургии. Под ред. Шевкуненко В. Н. — М. — 1938; т. 2: 38.
11. Алимов А. З. Техника и методика антропометрических измерений. — М. — 1955; 81.
12. Швалев В. Н., Жучкова Н. И. — Арх. анат. гист. эмбр. — 1990; 3: 85-86.
13. Taliaferro C. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2001; 124: 46-50.
14. Blumen M., Dahan S., Wagner S. et al. — Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2002; 126: 67-73.

Опыт применения артериализации венозного кровотока стопы у пациентов с критической ишемией нижних конечностей

М. В. ЛАРИОНОВ, О. В. ЧУЕНКОВ

Республиканская клиническая больница МЗ РТ

Хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) страдает 2-3% населения. Эти заболевания больше распространены среди мужчин среднего и пожилого возраста и составляют 5% [1]. При этом, у более чем 5% пациентов патологический процесс неуклонно прогрессирует до стадии критической ишемии. Из них от 25% до 40% пациентам необходима ампутация конечности, а 20-25% больных умирает в ближайшие 6-12 месяцев после постановки диагноза критическая ишемия нижних конечностей [2]. Приоритетной задачей, стоящей перед сосудистыми хирургами, является восстановление магистрального кровотока в пораженном сегменте конечности. Однако, при перифери-

ческой форме окклюзионного поражения выполнение артерио-артериального шунтирования часто не представляется возможным из-за отсутствия сегмента артерии, пригодного для наложения дистального анастомоза. Для решения данной проблемы была предложена операция артериализации венозного кровотока стопы. Принципы данного хирургического вмешательства были разработаны и внедрены в практику А. В. Покровским и соавт. (2004).

Материалы и методы

Мы располагаем опытом лечения 8 пациентов с критической ишемией стопы, которым была выполнена операция —