

Практические аспекты лечения рецидивирующего вульвовагинального кандидоза // Трудный пациент. – 2007. – №9. – С.27-30.

38. Тютюнник В.П., Карапетян Т.Э., Балушкина А.А. Современные принципы диагностики и терапии вульвовагинального кандидоза // Русский медицинский журнал. – 2010. – Т. 8, №19. – С.1186-1190.

39. Уварова Е.В. Кандидозный вульвовагинит в практике детского гинеколога // Русский медицинский журнал. – 2002. – №18. – С.798-803.

40. Успенский Ю.П., Шевяков М.А. Заболевания, ассоциированные с *Helicobacter pylori* и *Candida spp.*: Клиническая логика совместного изучения // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – №3. – С.16-19.

41. Успенский Ю.П., Шевяков М.А., Авалуева Е.Б. и др. Оптимизация диагностики и лечения кандидоза кишечника в клинической практике. Усовершенствованная медицинская технология. – СПб., 2009. – 23 с.

42. Фадинов Ю.П. Особенности кандидоза гениталий у женщин репродуктивного возраста, использующих гормональную контрацепцию: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2009. – 49 с.

43. Шевяков М.А. Антибиотик-ассоциированная диарея и кандидоз кишечника: возможности лечения и профилактики // Антибиотики и химиотерапия. – 2004. – Т. 10. №49. – С.26-29.

44. Шевяков М.А. Диагностика и лечение кандидоза кишечника // Тер. архив. – 2003. – №11. – С.77-79.

45. Шевяков М.А., Авалуева Е.Б., Барышникова Н.В. Грибы рода CANDIDA в кишечнике: клинические аспекты (обзор) // Проблемы медицинской микологии. – 2007. – Т. 9. №4. – С.4-11.

46. Шелковая Н.Г. Микробиологические аспекты вагинального кандидоза // Здоровье Украины. – 2007. – №22. – С.53-56.

47. Шульпекова Ю.О. Кандидоз кишечника // Русский медицинский журнал. – 2002. – Т. 4. №1. – С.25-29.

48. Эйберман А.С. Достижения и проблемы диагностики и лечения дисбиозов // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2002. – №4. – С.26-29.

49. Chatwani A.J., Mehta R., Hassan S., et al. Rapid testing

for vaginal yeast detection: a prospective study // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. – Vol. 196. №4. – P.309-314.

50. Del-Cura Gonzalez I., Garcia-de-Blas G.F. Patient preferences and treatment safety for uncomplicated vulvovaginal candidiasis in primary health care. PRESEVAC project // BMC Public Health. – 2011. – Vol. 31. №11. P.63-65.

51. Esim B.E., Kars B., Karsidag A.Y., et al. Diagnosis of vulvovaginitis: comparison of clinical and microbiological diagnosis. // Arch. Gynecol. Obstet. – 2010. – Vol. 282 (5). – P.515-519.

52. Falagas M.E., Betsi G.I., Athanasiou S. Probiotics for prevention of recurrent vulvovaginal candidiasis: a review // J. Antimicrob. Chemother. – 2006. – Vol. 58. №2. – P.266-272.

53. Fidel P. History and update on host defense against vaginal candidiasis // Am. J. Reprod. Immunol. – 2007. – Vol. 57. №1. – P.2-12.

54. Kennedy M.A., Sobel J.D. Vulvovaginal Candidiasis Caused by Non-albicans Candida Species: New Insights // Curr. Infect. Dis. Rep. – 2010. – Vol. 12(6). – P.465-470.

55. Paul L., Fidel J. History and Update on Host Defense Against Vaginal Candidiasis // Am. J. of Reproductive Immunology. – 2007. – Vol. 57. №1. – P.1-10.

56. Sobel J.D., Faro S., Force R.W., et al. Vulvovaginal candidiasis: epidemiologic, diagnostic, and therapeutic considerations // Am J Obstet Gynecol. – 1998. – Vol. 178. – P.203-211.

57. Sobel J.D., Wiesenfeld H.C., Martens M. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis // New England Journal of Medicine. – 2004. – Vol. 351. №9. – P.876-883.

58. Stock I. Fungal diseases of vulva and vagina caused by Candida species // Med. Monatsschr. Pharm. – 2010. – Vol. 33 (9). – P.324-333.

59. Us E., Cengiz S.A. Prevalence and phenotypic evaluation of Candida dubliniensis in pregnant women with vulvovaginal candidosis in a university hospital in Ankara // Mycoses. – 2007. – Vol. 50. №1. – P.13-20.

60. Watson C., Calabretto H. Comprehensive review of conventional and non-conventional methods of management of recurrent vulvovaginal candidiasis // The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2007. – Vol. 47. №4. – P.262-272.

Информация об авторах: 664003, г. Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, ИГМУ, Малова Ирина Олеговна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой; Кузнецова Юлия Александровна – аспирант, e-mail: cknish@yandex.ru.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© САМОТЁСОВ П.А., ЛЕВЕНЕЦ А.А., КАН И.В., ШНЯКИН П.Г., РУССКИХ А.Н., МАКАРОВ А.Ф., АВДЕЕВ А.И. – 2012
УДК 611.133-055.1

ВАРИАНТНАЯ АНАТОМИЯ БИФУРКАЦИИ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У МУЖЧИН

Павел Афанасьевич Самотёсов, Анатолий Александрович Левенец, Иван Владимирович Кан,
Павел Геннадьевич Шнякин, Андрей Николаевич Русских, Александр Фёдорович Макаров,
Александр Игоревич Авдеев

(Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, зав. – д.м.н., проф. Н.С. Горбунов)

Резюме. Особенности строения и расположения бифуркации общей сонной артерии имеют большой интерес в анатомии и в клинике. Целью исследования стало выявление вариантов бифуркации общей сонной артерии у мужчин с разной формой шеи. Установлены явные различия в расположении и анатомическом и гистологическом строении бифуркации общей сонной артерии у мужчин второго периода зрелого возраста с разными типовыми особенностями шеи.

Ключевые слова: вариантная анатомия, бифуркация общей сонной артерии, антропометрия, форма шеи.

VARIANT ANATOMY OF COMMON CAROTID ARTERY BIFURCATION IN MALES

P.A. Samotesov, A.A. Levenets, I.V. Kan, P.G. Shnyakin, A.N. Russkih, A.F. Makarov, A.I. Avdeev

Summary. The features of structure and location of common carotid artery bifurcation are of interest in anatomy and clinical picture. The research objective is to disclose the variants of common carotid artery bifurcation in men with different shapes of the neck. The obvious distinctions in location and anatomical and histological structure of common carotid artery bifurcation in the men of the second period of mature age with different typical features of neck have been established.

Key words: variant anatomy, common carotid artery bifurcation, anthropometry, shape of the neck.

Область бифуркации общей сонной артерии (БОСА) является непосредственным «распределителем» артериальной крови по наружной (НСА) и внутренней (ВСА) сонным артериям, который обеспечивает бесперебойное кровоснабжение головного мозга и органов и тканей лицевого отдела головы. Поэтому знания анатомических и гистологических особенностей ее строения представляют большой интерес как в анатомии, так и в клинике [1,3-5,7]. Важность изучения вариантов анатомии БОСА заключается еще и в том, что эта область становится объектом хирургических и диагностических мероприятий, направленных на выявление и коррекцию недостаточности мозгового кровообращения [1,3,4]. В этой связи знания конституциональных особенностей бифуркации общей сонной артерии позволят более индивидуально подходить к каждому пациенту, особенно при проведении оперативных вмешательств [2].

Цель исследования: выявление вариантов бифуркации общей сонной артерии у мужчин с разной формой шеи.

Материалы и методы

Исследования проведены на 97 трупах мужского пола второго периода зрелого возраста (36-60 лет), поступивших в Красноярское краевое отделение судебно-медицинской экспертизы трупов. Смерть наступила в результате травмы несовместимой с жизнью или была насильственной без повреждения структур и сосудов шеи. Исследование проводилось с соблюдением этических принципов (выписка из протокола № 34/2011 заседания локального этического комитета ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России).

На первом этапе проводилось антропометрическое исследование шеи с определением ее формы согласно классификации А.Ю. Созон-Ярошевича [6] с выделением 3 групп:

1. Короткая и широкая шея (брахиморфная шея), $\text{index} \geq 79,6$ ($n=28$, 29%).

2. Шея средней длины и среднего диаметра (мезоморфная шея), $\text{index}=67,3-79,5$ ($n=39$, 40%).

3. Длинная и узкая шея (долихоморфная шея), $\text{index} \leq 67,2$ ($n=30$, 31%).

С помощью разработанного нами топографо-анатомического доступа для исследования мягких тканей, органов и сосудов передней области шеи человека (рационализаторское предложение, зарегистрированное в КрасГМУ № 2492 от 02.04.2010г.) выделяли общую сонную артерию (ОСА) справа и слева от окружающих мягких тканей и фасциальных оболочек.

Изучали уровень расположения участка БОСА относительно верхнего края щитовидного хряща и средней линии шеи. Было установлено, что БОСА имела различные формы: параллельная, вилообразная и луковичная. Исследования включали измерения длины, диаметра, углов ветвления ОСА (угол, образованный НСА и ВСА) и величину ее боковых углов, образованных ОСА с НСА и ВСА.

Далее участки БОСА, фиксировались в нейтральном 10% растворе формалина и изготавливались гистологические препараты (окраска гематоксилин-эозин). Толщину комплекса интима-медиа стенки на участке БОСА изучали с использованием светового микроскопа и пакета прикладных компьютерных программ для анализа гистологических препаратов JMicrovision 1.2.7.

Статистический анализ осуществлялся с использованием пакетов анализа MS Office Excel 2007 и Statistica for Windows 6.0. Критический уровень значимости принимался за 0,05. Количественные признаки приведены в тексте в виде $M \pm m$, где M – среднее, m – ошибка средней. Проверка нормальности распределения производилась с использованием критериев Колмогорова-Смирнова, Шапиро-Уилка.

Результаты и обсуждение

У мужчин с брахиморфным типом шеи луковичная форма участка БОСА встречалась в 86% случаев справа и в 93% слева, в остальных случаях она была вилообразной.

У группы мужчин с долихоморфной шеей область БОСА чаще была параллельной формы (в 78% справа и в 86% слева). В 11% случаев справа соответствовали луковичной форме, а остальные варианты формы БОСА были вилообразного типа строения.

У группы мужчин с мезоморфным типом шеи частым вариантом (59% справа и 63% слева) было вилообразное строение участка БОСА. В 30% случаев справа и в 26% слева она была параллельной, а в остальных – луковичной.

Установлено, что у мужчин с короткой и широкой шеей, в сравнении с представителями других исследуемых групп, БОСА располагалась наиболее латерально и высоко. Так, справа он был выше верхнего края щитовидного хряща на $8,6 \pm 0,3$ мм, а слева – на $6,2 \pm 0,9$ мм, а от белой линии шеи он находился на расстоянии $35,9 \pm 1,7$ мм и $31,3 \pm 1,5$ мм соответственно.

Наиболее низкое и медиальное по отношению к средней линии шеи расположение области БОСА отмечалось у представителей группы с длинной и узкой шеей. Выявлено, что у этой группы она была ниже верхнего края щитовидного хряща на $5,3 \pm 0,5$ мм справа и на $5,9 \pm 0,4$ мм слева, а латеральнее белой линии шеи отстояла в среднем на $19,5 \pm 0,8$ мм справа и на $19,8 \pm 1,1$ мм слева.

Во второй группе с шеей средней длины и среднего диаметра расположение области БОСА было выше верхнего края щитовидного хряща на $0,5 \pm 0,2$ мм справа и на $0,2 \pm 0,5$ мм слева, и отстояла от срединной линии шеи на $24,0 \pm 0,7$ мм и $23,3 \pm 0,7$ мм соответственно.

В ходе исследования установлено, что наибольший диаметр при наименьшей длине области БОСА встречался у мужчин с брахиморфным типом шеи. Так, среднее значение ее длины, в этой группе мужчин составило $15,1 \pm 0,6$ мм справа, а диаметр $22,3 \pm 0,6$ мм. Слева длина области бифуркации составила в среднем $14,6 \pm 0,5$ мм при значении ее диаметра в $23,4 \pm 0,6$ мм. Угол ветвления ОСА у мужчин с брахиморфным типом шеи был наибольшим по сравнению с другими исследуемыми группами и составил в среднем $27,3 \pm 0,7^\circ$ справа и $29,3 \pm 0,8^\circ$ слева. Боковой угол, образованный ОСА с НСА, справа был в среднем $165 \pm 1,5^\circ$, а слева он составил $161 \pm 1,3^\circ$. Среднее значение угла между ОСА и ВСА в группе мужчин с брахиморфной шеей составило $158 \pm 0,9^\circ$ справа и $161 \pm 1,2^\circ$ слева.

Наименьший диаметр при наибольшей длине участка БОСА встречался у мужчин с долихоморфной шеей. Так, среднее значение ее длины справа у этой группы исследуемых составило $23,3 \pm 1,1$ мм, а диаметра – $9,3 \pm 0,8$ мм, слева эти значения были $22,1 \pm 0,8$ мм и $8,9 \pm 0,6$ мм соответственно. Угол ветвления ОСА у мужчин с длинной и узкой шеей справа составил в среднем $6,6 \pm 0,5^\circ$, а

слева – $7,0 \pm 0,4^\circ$. Боковой угол с НСА справа составил $178 \pm 1,2^\circ$, а с ВСА – $174 \pm 0,9^\circ$. Слева эти значения были в среднем $176 \pm 0,7^\circ$ и $175 \pm 0,5^\circ$ соответственно.

У группы мужчин с мезоморфной шейей ангиометрические показатели области БОСА имели промежуточные значения и располагались между значениями вышеописанных исследуемых групп. Так, длина участка БОСА в среднем составила $18,3 \pm 0,5$ мм справа и $19,5 \pm 0,5$ мм слева, а ее диаметр был $16,4 \pm 0,3$ мм и $16,8 \pm 0,6$ мм справа и слева соответственно. Угол ветвления ОСА у мужчин с мезоморфной формой шеи был равным в среднем $17,2 \pm 0,3^\circ$ справа и $19,5 \pm 0,6^\circ$ слева. Угол, образованный ОСА и НСА, справа был равен $176 \pm 1,6^\circ$, а слева он составлял $170 \pm 1,5^\circ$. Боковой угол ОСА с ВСА был равен $161 \pm 0,9^\circ$ справа и $162 \pm 1,3^\circ$ слева.

Гистологические исследования показали, что наибольшая толщина комплекса интима-медиа стенки БОСА была у группы мужчин с брахиморфной шейей и составляла в среднем $206,5 \pm 1,7$ мкм справа и $221,3 \pm 2,0$ мкм слева. Толщина внутренней оболочки стенки БОСА у данной группы равнялась $61,6 \pm 2,2$ мкм справа и $72,2 \pm 1,9$ мкм слева. Толщина ее средней оболочки составляла $144,3$ мкм справа и $153,4$ мкм слева.

Наименьшая толщина комплекса интима-медиа была обнаружена у группы мужчин с длинной и узкой шейей. Так, ее среднее значение было равно $78,4 \pm 2,6$ мкм справа и $81,5 \pm 2,1$ мкм слева. Среднее значение толщины интимы составляло справа $16,3 \pm 1,8$ мкм, а слева была $16,8 \pm 2,7$ мкм. Толщина средней оболочки стенки БОСА у исследуемых с длинной и узкой шейей составляла в среднем $61,1 \pm 1,3$ мкм справа и $65,6 \pm 1,7$ мкм слева.

Среднее значение толщины комплекса интима-медиа

стенки БОСА у мужчин с мезоморфной формой шеи было $161,2 \pm 1,8$ мкм справа и $177 \pm 2,5$ мкм слева. Значение толщины ее внутренней оболочки справа составило $33,7 \pm 1,1$ мкм, а средней $83,6 \pm 2,0$ мкм. Слева эти значения были равны в среднем $37,0 \pm 2,7$ мкм и $90,7 \pm 2,3$ мкм соответственно.

Таким образом, на основании проведенного исследования выявлены различия в топографии и строении БОСА у мужчин с разной формой шеи. У лиц с брахиморфным типом шеи чаще встречалась луковичная форма, а у объектов с долихоморфным типом – параллельная. Мужчины с мезоморфным типом шеи имели участок БОСА преимущественно виллообразной формы. У мужчин с брахиморфной формой шеи БОСА располагалась выше и отстояла дальше от белой линии шеи в сравнении с группой мужчин с длинной и узкой шейей. Установлено, что участок БОСА имел наибольший диаметр при одновременно малой длине у мужчин с короткой и широкой шейей, тогда как у лиц с долихоморфным типом шеи он был наиболее длинным и узким. Наименьший угол ветвления ОСА отмечался у мужчин с долихоморфной шейей, а ее боковые углы имели наибольшее значение, тогда как у лиц с брахиморфной формой шеи наоборот, угол ветвления ОСА был наибольшим, а боковые углы имели наименьшие значения. Гистологические исследования показали, что наибольшая толщина комплекса интима-медиа стенки БОСА была обнаружена у мужчин с брахиморфной формой шеи, а наименьшая – у мужчин с долихоморфной шейей. У исследуемых объектов с шейей средней длины и среднего диаметра вышеописанные показатели имели промежуточные значения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокерия Л.А., Кириллова И.В., Гуляев Ю.П. и др. Математическое моделирование бифуркации сонной артерии (к вопросу о распределении нагрузки в ассиметричных бифуркациях) // Регионарное кровообращение и микроциркуляция. – 2006. – Т. 5. №1. – С.5-12.
2. Николаев В.Г., Николаева Л.В., Николаева Н.Н. Методология современной клинической антропологии // Сибирское медицинское обозрение. – 2006. – Т. 1. №38. – С.50-54.
3. Павлова О.Е., Иванов Д.В., Грамакова А.А. и др. Гемодинамика и механическое поведение бифуркации сонной артерии с патологической извитостью // Изв. Саратов. ун-та. Нов. Сер. Серия: Математика. Механика. Информатика. – 2010. – Т. 10. №2. – С.66-73.

4. Севрюгина Г.А., Буторина И.С. Бифуркация общих сонных артерий особенности формирования и гистоструктуры стенки // Морфологические ведомости. – 2009. – №3-4. – С.176-177.
5. Стародубцев В.Б., Власов Ю.А., Синцова О.А., Чернявский А.М. Основные принципы и уравнения, определяющие природу дихотомического ветвления магистральных артерий // Патология кровообращения и кардиохирургия. – 2008. – №4. – С.31-34.
6. Шевкуненко В.Н., Геселевич А.М. Типовая анатомия человека – Л.-М: Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1935. – С.150-155.
7. Aristokleous N., Seimenis I., Papaharilaou Y., et al. Effect of posture change on the geometric features of the healthy carotid bifurcation // IEEE Transactions On Information Technology In Biomedicine. – 2011. – Vol. 15. №1. – P.148-154.

Информация об авторах: Самотёсов Павел Афанасьевич – первый проректор, профессор кафедры, д.м.н., профессор; Левенец Анатолий Александрович – профессор кафедры-клиники, д.м.н.; Кан Иван Владимирович – аспирант, адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 13, кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии, тел. 8(391)-288-01-08, e-mail: Kan_Ivan@inbox.ru; Шнякин Павел Геннадьевич – докторант, ассистент кафедры, к.м.н.; Русских Андрей Николаевич – старший преподаватель, к.м.н.; Макаров Александр Фёдорович – ассистент кафедры, к.м.н.; Авдеев Александр Игоревич – студент 307 группа педиатрического факультета.

© НИКОЛАЕВА С.С., БУГАЕНКО А.Л. – 2012
УДК 616-056.3

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Светлана Степановна Николаева, Анастасия Леонидовна Бугаенко
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов,
кафедра госпитальной терапии, зав. – д.м.н., проф. Г.М. Орлова)

Резюме. Проведен анализ частоты встречаемости и характера непереносимости лекарственных средств у больных с патологией щитовидной железы. Всего обследовано 866 больных в возрасте от 18 до 81 года (средний возраст $53,3 \pm 3,4$ лет). Побочное действие лекарств аллергического и псевдоаллергического характера выявлено у 21% больных с патологией щитовидной железы, среди них непереносимости левотироксина отмечена у 2% больных, тиреостатиков – у 20%.

Ключевые слова: левотироксин, тиреостатики, непереносимость, аллергия, гипотиреоз, тиреотоксикоз.