

ритма / С. К. Богус, Т. А. Петропавловская, В. Н. Столярук, И. Л. Чередник // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 7. – С. 22–23.

2. *Ивашев М. Н.* Моделирование строфантинной аритмии на наркотизированных крысах / М. Н. Ивашев, Т. А. Скоробогатова, В. И. Панцуркин // Биомедицина. – 2010. – № 5. – С. 92–93.

3. *Панцуркин В. И.* Анилокаин. Опыт применения инъекционных форм в медицинской практике // Фармация. – 2003. – № 3. – С. 42–45.

4. Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ / Под ред. Р. У. Хабриева. – М.: Медицина, 2005. – С. 421–427.

5. *Скоробогатова Т. А.* Влияние анилокаина на центральную гемодинамику / Т. А. Скоробогатова, В. И. Панцуркин, М. Н. Ивашев // Клиническая фармакология и терапия. – 2009. – № 6. – С. 299.

6. *Скоробогатова Т. А.* Биологические эффекты анилокаина и лидокаина / Т. А. Скоробогатова, В. И. Панцуркин, М. Н. Ивашев // Экспериментальная и клиническая фармакология. – М., 2010. – Приложение. – С. 81.

7. *Скоробогатова Т. А.* Изучение антиаритмического действия лидокаина на моделях тахикардий / Т. А. Скоробогатова, М. Н. Ивашев // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 6. – С. 87–89.

Поступила 30.03.2011

Е. Г. СКРЯБИН¹, Е. В. ТЮРИНА², В. Ю. СУРОВЦЕВА², Ю. А. ЦЫГАНКОВА², Т. В. БОЛОТНОВА²

ВЕРТЕБРОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

¹*Кафедра детской травматологии, ортопедии и натальной вертебрыологии
ФПК и ППС ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»,
Россия, 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75. E-mail: skryabineg@mail.ru, тел. (3452) 28-70-40;*

²*кафедра внутренних болезней, поликлинической терапии и семейной медицины
ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия»,
Россия, 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. E-mail: victory@tyumsma.ru, тел. (3452) 20-00-93*

Объектом исследования явились 40 пациентов в возрасте от 9 до 16 лет с дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями шейного отдела позвоночника. У всех пациентов выявлены дискинезии желчевыводящих путей. Проведенные комплексные исследования доказали роль вертеброгенного фактора в формировании функциональной билиарной патологии у детей и подростков.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические и диспластические заболевания шейного отдела позвоночника, дискинезии желчевыводящих путей, дети и подростки, семейный врач.

E. G. SKRYABIN¹, E. V. TYURIN², V. J. SUROVTSEV², Ju. A. TSYGANKOV², T. V. BOLOTNOVA²

VERTEBROGENIC BILIOUS DYSKINESIA AT CHILDREN AND ADOLESCENTS IN GENERAL PRACTICE

¹*Department pediatric traumatology, orthopedy and vertebrology Tyumen state medical academy,
Russia, 625039, Tyumen, Melnikajte str., 75. E-mail: skryabineg@mail.ru, tel. (3452) 28-70-40;*

²*department of internal illnesses, polyclinic therapy and family medicine Tyumen state medical academy,
Russia, 625023, Tyumen, Odesskaya str., 54. E-mail: victory@tyumsma.ru, tel. (3452) 20-00-93*

Object of research were 40 patients at the age from 9 till 16 years with is degenerate-dystrophic and dysplastic diseases of cervical department of a backbone. At all patients bilious dyskinesia are taped. The carried out complex researches have proved a role vertebrogenic factor in formation functional bilious pathology at children and adolescents.

Key words: degenerate-dystrophic and dysplastic diseases of cervical department of a backbone, bilious dyskinesia, children and adolescents, general practice.

В медицинской литературе достаточно полно представлена информация о вертеброгенно обусловленных заболеваниях органов дыхательной, сердечно-сосудистой, эндокринной, мочевыделительной систем. В гораздо меньшем объеме в литературе приведены сведения об участии патологически развивающихся позвоночно-двигательных структур и сегментов спинного мозга в патогенезе дисфункций органов пищеварения, в том числе заболеваний билиарной системы. Вместе с тем частое совпадение функциональной неполноцен-

ности шейного отдела позвоночника и нарушений двигательной функции желчного пузыря у детей и подростков позволяет предположить взаимообусловленность этих патологических состояний, трансформирующихся с течением времени в тяжелую органическую патологию – остеохондроз шейного отдела позвоночника и желчно-каменную болезнь.

Семейный врач чаще других сталкивается с данной сочетанной патологией у детей и подростков, но в силу сложившихся традиционных подходов к изучению

механизмов формирования билиарных дискинезий, как правило, назначает стандартный объем диагностических мероприятий, не предусматривающих исследование позвоночника, а при необходимости и коррекцию выявленных нарушений.

На основании опыта работы ортопеда-вертебролога в детском городском гастроэнтерологическом центре был разработан и внедрен в практику «Способ диагностики вертеброгенно обусловленных дискинезий желчевыводящих путей у детей и подростков» патент РФ № 2150887, приоритет от 03.06.1996 [1]. Использование предложенного способа позволяет комплексно подходить к оценке результатов клинко-инструментальных методов исследований сочетанной патологии шейного отдела позвоночника и функциональных нарушений желчевыводительной системы у детей и подростков.

Методика исследования

Располагая опытом динамического наблюдения и лечения 40 пациентов в возрасте от 9 до 16 лет, страдающих дегенеративно-дистрофическими и диспластическими заболеваниями шейного отдела позвоночника и предъявляющих в течение непродолжительного времени (от 1 до 6 месяцев) жалобы на боли в правом подреберье. Из числа обследованных отмечено преобладание девочек – 24 человека (60,0%).

Патологию позвоночника у обследованных детей выявляли на основании жалоб, анамнеза, результатов клинического вертебрологического исследования, рентгенографии шейного отдела позвоночника, результатов нейрофизиологических методов исследования (реоэнцефалография вертебробазиллярного бассейна с функциональными пробами, электронейромиография с мышц верхних конечностей).

Билиарную патологию у обследованных пациентов подтверждали на основании жалоб, анамнеза, результатов клинических, лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования.

Результаты исследования

Установлено, что из 40 пациентов с патологией шейного отдела позвоночника у 31 ребенка (71,5%) при гастроэнтерологическом клинко-инструментальном исследовании была диагностирована дискинезия желчевыводящих путей по гипокинетическому типу. Наблюдения за данными пациентами и послужили основой для выполнения данной работы.

Основной жалобой со стороны позвоночника у обследованных детей были головные боли и боли в шее – их отметили 28 человек (90,3%). Длительность болевого синдрома составила от 1 до 2 лет. Боли чаще возникали 2–3 раза в неделю, нередко после сна. Интересно отметить, что практически во всех клинических наблюдениях головные боли возникали через 1,5–3 часа после появления чувства усталости и болей в шее. Длительность алгического синдрома составляла 2–4 часа в течение дня, и нередко боли купировались самопроизвольно, без приема лекарственных средств.

При проведении клинического осмотра у 13 детей (41,9%) отмечена неярко выраженная асимметрия лицевого скелета. В 17 клинических наблюдениях (54,8%) выявлена нефиксированная (установочная) кривошея. Напряжение мышц разгибателей шейного отдела позвоночника диагностировано у 26 человек (83,9%). Болезненное ограничение активных движений в шей-

ном отделе позвоночника зафиксировано в 26 случаях (90,3%). Преимущественно были ограничены ротация и боковой наклон в стороны, реже страдало активное сгибание. Разнонаправленные функциональные блоки в межпозвонковых суставах шейного отдела позвоночника были установлены у 31 пациента (100%). Нередко функциональным блокам сопутствовали миофасциальные триггерные точки в мышцах задней поверхности шеи, верхнего плечевого пояса и межлопаточной мускулатуры, проявляющиеся отраженной болезненностью.

Клинические проявления миотонического синдрома (рекурвации в крупных суставах верхних конечностей, гипермобильный вариант нарушения функции поясничного отдела позвоночника, а также неоднократные ущемления капсулы атлanto-осевых суставов в анамнезе) присутствовали у 14 обследованных (45,2%). У трех пациентов (9,7%) при проведении неврологического исследования зафиксированы неврологические знаки: асимметрия рефлексов и легкие парезы в мышцах нижних конечностей.

Один из основных симптомов патологии шейного отдела позвоночника – сглаженность физиологического шейного лордоза – клинически установлен у 22 пациентов (71,1%). Данную патологию выявляли при пальпации шейного отдела позвоночника по остистым отросткам и межостистым промежуткам. В тех случаях, когда остистые отростки среднешейных позвонков располагались на одной линии с остистыми отростками CII и CVII позвонков, а не повторяли кривизну шейного лордоза, выносили заключение о наличии деформации шеи в сагиттальной плоскости.

Изменения со стороны шейного отдела позвоночника во всех случаях сопровождались нарушениями со стороны других отделов костно-мышечной системы. Так, у 25 человек (80,6%) диагностированы деформации позвоночного столба в грудном и поясничном отделах: в 13 случаях присутствовало нарушение оси позвоночника во фронтальной плоскости без торсионного компонента, в 7 – патологический каудальный грудно-поясничный кифоз, в 3 – гиперлордоз поясничного отдела, в 2 клинических наблюдениях зарегистрирована сколиотическая болезнь позвоночника, сопровождающаяся реберным горбом. В 4 случаях (12,9%) у обследованных детей отмечено диспластическое развитие грудной клетки. Паравerteбральная мышечная асимметрия в поясничном отделе позвоночника диагностирована в 16 случаях (51,6%). Малую разную высоту ног выявили у 11 человек (35,5%). У 8 пациентов (25,8%) обнаружены деформации стоп – плосковальгусные (7 детей) и полые (1 ребенок) стопы.

С целью подтверждения клинических симптомов вертеброгенной патологии в качестве основного метода диагностики использовали обзорную рентгенографию шейного отдела позвоночника в стандартных проекциях. Основными показаниями для этого исследования явились цервикальный болевой синдром, установочная кривошея, определяемый клинически патологический шейный кифоз и напряжение затылочных мышц.

Рентгенограммы шейного отдела позвоночника выполнили 30 детям (96,8%). В 23 клинических наблюдениях (76,7%) диагностированы рентгенологические симптомы дегенеративно-дистрофических изменений шейных позвоночно-двигательных сегментов (ПДС), в 4 (13,3%) – диспластических (врожденные изменения)

и в 3 случаях (10,0%) зарегистрировано сочетание двух указанных патологий.

Симптоматика, указывающая на наличие дегенеративно-дистрофического процесса в шейных ПДС, состояла из следующих рентгенологических симптомов: сглаженности физиологического лордоза, патологического кифоза на уровне CIII–CIV, CIV–CV, дискогенной нестабильности, снижения высоты тел одного или двух среднешейных позвонков, начальных проявлений спондиллеза, склероза замыкательных пластинок тел позвонков.

Диспластические изменения шейного отдела позвоночника у обследованных пациентов характеризовались следующими рентгенологическими симптомами: ассимиляцией атланта, аномалией Киммерле, синостозированием тел позвонков дуг и остистых отростков, псевдоспондиллолистезами на уровне нескольких сегментов, удлинненными поперечными отростками CVII позвонка (шейные ребра) I–II степени.

Обсуждение

По нашему мнению, дегенеративно-дистрофический процесс в шейных ПДС у обследованных детей явился следствием интранатальной (родовой) травмы. Как известно из опубликованных работ А. Ю. Ратнера [2], основным субстратом родовой травмы шейного отдела позвоночника (нередко протекающей субклинически) являются кровоизлияния из тел позвонков и их ростковых зон, локализующиеся преимущественно в эпидуральном пространстве позвоночного канала. Следствием этих травм с течением времени являются отставание поврежденных тел позвонков в росте, ослабление связи между телом позвонка и диском, дегенерация межпозвонкового диска.

Перечисленные факторы в совокупности с ежедневными бытовыми нагрузками на шейный отдел позвоночника ребенка приводят к появлению клинических симптомов дегенеративно-дистрофического процесса: головным болям и болям в шее, мышечному дефансу, щелчкам и хрусту в шее, ограничению объема движений, вестибулярным расстройствам, формированию деформации шейного отдела в сагиттальной плоскости – патологическому кифозу, чаще всего на уровне ПДС CIII–CIV, CIV–CV.

Последний из указанных симптомов имеет определяющее значение в патогенезе вертеброгенно обусловленных нарушений двигательной функции желчного пузыря. Как известно, спинномозговые нервы, выходящие из межпозвонковых отверстий ПДС CIII–CIV, CIV–CV, формируют правый диафрагмальный нерв, являющийся самым крупным из двигательных нервов шейного сплетения. Кроме того, что он иннервирует диафрагму, правый диафрагмальный нерв «отдает» двигательные и секреторные волокна внутрипеченочным желчным протокам и желчному пузырю. Наличие патологического кифоза на уровне среднешейных ПДС следует рассматривать как нарушение формы этого отдела, что, как известно, приводит к нарушению функции. В наших случаях – к патологической афферентации по правому диафрагмальному нерву. Результатом указанных процессов является замедление сократительной функции желчного пузыря, что клинически расценивается как гипокинетическая форма дискинезии желчевыводящих путей.

При анализе анамнестических данных установлено, что из 31 наблюдаемого нами пациента, имеющего

сочетанную патологию шейного отдела позвоночника и билиарной системы, факторы риска получения родовой травмы присутствовали у всех детей. В большинстве случаев эти факторы риска были представлены аномалиями родовой деятельности (патологический прелиминарный период, дискоординация родовой деятельности, слабость родовых сил), использованием в процессе самостоятельных родов акушерских пособий, рождением ребенка весом более 4000 граммов первородящей женщиной с клинически узким тазом.

Вероятность получения родовой травмы была косвенно подтверждена и при анализе рентгенограмм шейного отдела позвоночника у обследованных пациентов. Как известно, дегенеративный процесс, обусловленный родовой травмой, локализуется на уровне среднешейных ПДС (CII–CIV, CIV–CV), в то время как остеохондроз, вызванный инволютивными процессами, развивается в нижнешейном отделе (ПДС CVI–CVII), и регистрируются эти изменения преимущественно у лиц зрелого и пожилого возраста.

Нейрофизиологические методы исследования: реоэнцефалография вертебробазиллярного бассейна с функциональными пробами и электронейромиография с мышц верхних конечностей подтвердили те изменения со стороны шейного отдела позвоночника, которые были диагностированы при клиническом осмотре и рентгенографии. Так, при исследовании кровотока в позвоночных артериях отмечалось рефлекторное вертеброгенное воздействие на эти сосуды со снижением объема кровотока. Полученные в результате исследования электронейромиографические характеристики свидетельствовали о снижении скорости проведения нервного импульса по основным нервным стволам верхних конечностей. Наиболее ярко рентгенологические и нейрофизиологические симптомы, подтверждающие тяжесть вертеброгенной патологии, были диагностированы у больных подростках.

Известный в медицине постулат о том, что лечение должно быть не симптоматическим, а патогенетическим, в полной мере относится к пациентам с дискинезиями желчевыводящих путей, страдающим дегенеративно-дистрофическими заболеваниями шейного отдела позвоночника. Как показывает опыт, традиционное лечение у гастроэнтеролога этой категории пациентов не всегда дает стойкий результат: периоды ремиссии коротки по времени, часты рецидивы абдоминального болевого синдрома, еще в подростковом возрасте функциональная билиарная патология трансформируется в органические заболевания – желчно-каменную болезнь и холецистит.

В тех случаях, когда у пациентов с дискинезиями желчевыводящих путей обнаружены и объективно подтверждены клинические симптомы патологии шейного отдела позвоночника, целесообразно врачебные усилия направить на купирование вертеброгенных цервикальных проявлений.

Семейный врач и участковый педиатр чаще других специалистов в своей практике сталкиваются с различными формами дискинезий желчевыводящих путей у детей и подростков. Знания о возможном участии вертеброгенного фактора в патогенезе нарушений двигательной функции желчного пузыря позволяют проводить патогенетически обоснованные диагностические и лечебные мероприятия детям и подросткам при вертеброгенно обусловленных дискинезиях желчевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Патент № 2150887 РФ. Способ диагностики вертеброгенно обусловленных дискинезий желчевыводящих путей у детей и подростков / Е. Г. Скрыбин [и др.] // Официальный бюллетень Рос-сийского агентства по патентам и товарным знакам «Изобретения. Полезные модели». – 2000. – № 17 (II ч.). – С. 300–301.

2. Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных: острый пе-риод и поздние осложнения. – М.: Бином, Лаборатория знаний, 2005. – 368 с.

Поступила 14.04.2010

**О. В. ТАРАБАНОВА¹, А. Н. ГРИГОРОВА¹, Т. В. ЧЕРНОУСОВА¹, А. С. ЧЕРНОУСОВ²,
Т. В. ГАЛДИНА¹, Е. М. КОШЕЛЕВА¹, А. А. МАЛАХОВ², Н. В. БОЙКО²**

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

¹Гинекологическое отделение краевой клинической больницы № 1,
Россия, 350901, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167;

²отделение рентгеновской и магнитно-резонансной компьютерной томографии
МУЗ городской больницы № 2 «КМЛДО» КДЦ,
Россия, 350012, г. Краснодар, ул. Красных партизан, 6/2. Тел. 8 (861) 2220049

Пациентки с шейной беременностью относятся к группе высокого риска возникновения опасных для жизни кровоте-чений. Единственным эффективным методом лечения этой категории больных является гистерэктомия, чем достигается надежный гемостаз. Представлен опыт применения эмболизации маточных артерий для уменьшения интраоперационной кровопотери у пациенток с шейной беременностью во время удаления плодного яйца и выскабливания цервикального канала и полости матки. Успешный гемостаз достигнут во всех случаях. Эмболизация маточных артерий дает возможность применения органосохраняющей тактики ведения больных с шейной беременностью.

Ключевые слова: шейная беременность, эмболизация маточных артерий, органосохраняющие операции, эндоваскуляр-ная хирургия.

**O. V. TARABANOVA¹, A. N. GRIGOROVA¹, T. V. CHERNOUSOVA¹, A. S. CHERNOUSOV²,
T. V. GALDINA¹, E. M. KOSHELEVA¹, A. A. MALAKHOV², N. V. BOYKO²**

ORGANOSAVING TACTICS OF CURING PATIENTS WITH CERVICAL PREGNANCY

¹Gynecological section of regional clinical hospital № 1,
Russia, 350901, Krasnodar, 1 Maya street, 167;

²the department of radiology and magnetic resonance computer tomography
municipal hospital № 2 «KMLDO» KDC,
Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh partizan street, 6/2. Tel. 8 (861) 2220049

Patients with cervical pregnancy concern to a high risk group of occurrence of the dangerous to life haemorrhage. The only effective method of treatment of this group of patients is hysterectomy after what the reliable hemostasis is reached. We show the experience of appliance of the embolization of the uterine arteries for the reduction of intraoperational hemorrhage which patients with the cervical pregnancy have during removal of embryo and endocervical curettage and the curettage of uterine cavity. The successful hemostasis is reached in all cases. The embolization of uterine arteries gives the opportunity of appliance of the organ-saving tactics of the patient observations with the cervical pregnancy.

Key words: cervical pregnancy, embolization of uterine arteries, organ-saving operations, endovascular surgery.

Введение

Внематочная беременность представляет собой серьезную медико-социальную проблему, встречается в 7,4–19,7 случая на 1000 беременностей [3]. На фоне демографической ситуации в России внематочная беременность является одной из составляющих репродуктивных потерь, существенно влияющих на показатели рождаемости. Частота шейной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей [4]. Данная патология встречается весьма редко, но при этом пациентки с шейной беременностью относятся к группе высокого риска. Типичными осложнениями шейной беременности являются массивная кровопотеря, геморрагический шок, развитие диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

К сожалению, до настоящего времени единственным эффективным методом лечения была гистерэктомия, чем достигался надежный гемостаз. Это обусловлено анатомическими особенностями строения шейки матки, состоящей преимущественно из соединительно-тканного остова и содержащей только 15% пучков гладкой мышечной ткани [1]. При этом после проведенного оперативного лечения пациентка сможет реализовать свою репродуктивную функцию только путем суррогатного материнства. Также необходимо отметить, что за последние тридцать лет число случаев внематочной беременности возросло с 0,5% до 2%, особенно среди подростков и женщин возрастной группы до 39 лет [10]. В группу риска по развитию шейной беременности относятся женщины с отягощенным акушерским