

фоне проведения рассасывающей терапии, а у 8 больных (10,3%) имело характер мазков крови в проекции мембраны или по зрачковому краю радужки.

Послеоперационный период в большинстве случаев протекал спокойно, всем больным была назначена стандартная схема местной противовоспалительной и антибактериальной терапии. В 15,5% случаев (24 глаза) в послеоперационном периоде отмечали ту или иную степень реакции глаза на операционную травму.

Наиболее частым признаком реакции глаза на операционную травму был транзиторный отек заднего эпителия (10,3%), явления десцеметита (7,7%), фибринообразование (5,8%) и тиндализация влаги (9%), как признаки неспецифического ответа на любое вмешательство на внутриглазных структурах. Подавляющее большинство (91,6%) из вышеописанных осложнений были отмечены у больных со ЗМ, локализованными как спереди, так и позади ИОЛ или настолько плотными, что при выполнении дисцизии приходилось многократно проводить описанную выше манипуляцию рассечения, буквально разрезая мембрану послойно.

После проведения дисцизии ЗМ острота зрения увеличилась с $0,25 \pm 0,03$ до операции до $0,48 \pm 0,06$ в отдаленном периоде ($p < 0,01$, парный критерий Стьюдента). В 46 случаях (29,7%) прибавка в остроте зрения составила 0,4–0,5. На афакичных глазах после лазерной дисцизии потеря клеток ЗЭР составляет 6–10%.

Полученные результаты подсчета клеток заднего эпителия роговицы свидетельствуют, что дисцизия ЗМ предложенным инструментом приводит к потере не более 3–6% клеток ЗЭР ($4,8 \pm 0,8\%$).

В сроки от 3 до 6 месяцев у 7 пациентов (8 глаз, 5,2% случаев) с постувеальными ЗМ на фоне персистирующего хронического иридоциклита возник рецидив зрачковой мембраны. Всем больным была проведена повторная ножевая дисцизия ЗМ.

При анализе образцов зрачковых мембран, взятых во время хирургических вмешательств, в зависимости от пролиферативной активности и клеточного состава мембраны, нами было выделено два гистологических типа ЗМ: фиброцеллюлярная и фиброзная. При этом плотные фиброзированные ЗМ с небольшим количеством фибробластов и плотно упакованными коллагеновыми волокнами нам представляются малоперспективными в отношении возможности безопасного проведения ИАГ-лазерной дисцизии.

Заключение. Таким образом, детальный анализ ближайших и отдаленных результатов операции ножевой дисцизии зрачковых мембран различной этиологии свидетельствует, что использование предложенного набора оригинальных цистотомов позволяет проводить деликатное и безопасное рассечение ЗМ любой локализации и типа. Миниатюрность рабочей части инструмента дает возможность безопасно манипулировать им в передней или задней камере, не опасаясь развития гипотонии во время проведения операции и не используя вискоэластики. Малоинвазивность операции существенно минимизирует операционную травму, что особенно актуально при проведении дисцизии у особого контингента больных со сниженной плотностью ЗЭР, при мелкой передней камере и нарушенной анатомии переднего отрезка глаза.

Литература

1. Горбань, А.И. Микрохирургия глаза / О.А. Горбань, О.А. Джаляшвили. – Л.: Медицина, 1982. – 248 с.
2. Зубарева, Л.Н. Разрушение экссудата с помощью ИАГ-лазера в хирургии катаракты у детей / Л.Н. Зубарева, Т.Е. Марченкова, В.Н. Хватов // Офтальмохирургия. – 1996. – №1. – С.36–38.
3. Максимова, М.В. Послеоперационные осложнения экстракции катаракты. Обзор литературы / М.В. Максимова // Мед. реф. журн. – Р. VIII. – 1988. – № 12. – С.23–31.
4. Малышев, А.С. ИАГ-лазерная коррекция осложнений хирургии катаракт: Дисс. канд. мед. наук / А.С. Малышев. – Самара, 1999. – 154 с.
5. Рабинович, М.Г. Вторичная катаракта / М.Г. Рабинович. – М.: «Медгиз», 1961. – 168 с.
6. Результаты 2000 операций рассечения вторичной катаракты ИАГ-лазером / А.Д. Семёнов [и др.] // Вестн. офтальмол. – 1987. – №1. – С.18–21.
7. Степанов, А.В. Лазерная реконструктивная офтальмохирургия: Дисс.... докт. мед. наук / А.В. Степанов. – М., 1991. – 212 с.
8. Трубилин, В.Н. Клинико-экспериментальное обоснование

методов хирургии задней капсулы хрусталика: Дисс.... канд. мед. наук / В.Н. Трубилин. – М., 1987. – 177 с.

9. Трубилин, В.Н. Сравнительная оценка инструментальной и лазерной капсулотомии при вторичной катаракте. Современная технология хирургии хрусталика и интраокулярной коррекции / В.Н. Трубилин // Сб. науч. трудов. – М. – 1988. – С.90–94.

10. Awan, A.A. Intraocular pressure changes after Nd-YAG laser capsulotomy / A.A. Awan, S.H. Kazmi, S.A. Bukhari // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. – 2001. – Vol.13. – P.3–4.

11. Retinal detachment following posterior capsulotomy using Nd:YAG laser. Retrospective study of 144 capsulotomies / A. Glacet-Bernard [et al] // J. Fr. Ophthalmol. – 1993. – Vol.16. – P.87–94.

INNOVATIVE ASPECTS OF EYE DISEASES TREATMENT

E.A.PIVIN, V.G.LUTKEVICH

*Clinic of Eye Microsurgery "Vzglyad", Tula
Research Institute of Eye Diseases*

One of complications after extraction of cataracts is the development of a secondary cataract (pupillary membrane formation). There are two methods of liquidation of this problem: by means of the IAG-LASER and a surgical way of a section of this membrane. In work the analysis of results of these methods is presented.

Key words: pupillary membrane, capsulotomy, through keratoplasty, intraocular lens, back epithelium of cornea.

УДК 611.3

ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

М.М.КИРИЛЛОВ, С.М.КИРИЛЛОВ, А.Ю.РЯБОВА

В работе представлены результаты изучения частоты, структуры, факторов риска и клинико-патогенетической группировки патологических процессов в пищеварительной системе у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, сравнительная оценка степени общности и особенностей этих процессов при этих заболеваниях и разработка на этой основе дифференцированной диагностической и терапевтической тактики ведения данных больных в условиях пульмонологического стационара.

Ключевые слова: заболевания, пищеварительная система, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких.

Заболевания *пищеварительной системы* (ПС) – одни из наиболее частых, клинически разнообразных и тяжелых видов висцеральной патологии, сочетающейся с *бронхиальной астмой* (БА) и *хронической обструктивной болезнью легких* (ХОБЛ) и вносящих существенный вклад в формирование ситуации взаимного отягощения. Актуальность обращения к данной теме связана не только с нарастанием многих нерешенных патогенетических, диагностических и терапевтических аспектов указанной патологии, но и с необходимостью доказательств ее общности и отличий при столь различных самостоятельных заболеваниях, какими являются БА и ХОБЛ [4,5].

Актуальность работы обусловлена нарастающим значением БА и ХОБЛ в пульмонологической практике в связи с учащением их тяжелых форм, в том числе сочетанных с внелегочной патологией. БА и ХОБЛ – два самостоятельных хронических заболевания респираторной системы – наиболее распространенные среди населения. БА страдают более 100 млн. человек в мире, в странах Европы – более 5% населения. Распространенность ХОБЛ среди мужчин и женщин составляет соответственно 9,3 и 7,3 на 1000 населения. Несмотря на большое число публикаций, касающихся БА и ХОБЛ, сохраняется нерешенность многих патогенетических, диагностических и терапевтических аспектов проблемы, в том числе о взаимоотношениях этих заболеваний. Несомненно, БА и ХОБЛ имеют сходные черты, но им присущи и характерные особенности. Дифференциальный диагноз между БА и ХОБЛ приобретает принципиальное значение, так как схемы лечения, особенно базисная терапия, отличаются. Большие трудности связаны с частым сочетанием этих заболеваний с заболеваниями других органов и систем. Одним из наиболее частых является сочетание БА и ХОБЛ с заболеваниями ПС. Роль патологии ПС (равно как и роль

хронических легочных процессов) в формировании ситуации взаимного отягощения практически не исследована ни пульмонологами, ни гастроэнтерологами. В научном плане речь идет о конкретном прецеденте в изучении проблемы полиморбидности на примере заболеваний легких, об исследовании патогенетических связей одновременно протекающих процессов и на этой основе – о разработке комплексных вариантов терапии. Практические требования состоят в уточнении тактики диагностического, терапевтического и организационного ведения больных БА и больных ХОБЛ, сочетанных с патологией ПС, в условиях пульмонологического стационара. Новым является вопрос о степени общности и особенностях патологии ПС при БА и ХОБЛ.

Цель исследования – изучение частоты, структуры, факторов риска и клинико-патогенетической группировки патологических процессов в ПС у больных БА и ХОБЛ, сравнительная оценка степени общности и особенностей этих процессов при этих заболеваниях и разработка на этой основе дифференцированной диагностической и терапевтической тактики ведения данных больных в условиях пульмонологического стационара.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты обследования 562 больных БА и 672 больных ХОБЛ, находившихся в пульмонологических отделениях ЦВКГ им. А.А.Вишневого и в пульмонологическом центре Саратова (1998-2007 гг.). С *легким течением БА* (БАл) было 96 чел., со *средне-тяжелым* (БАст) – 388, с *тяжелым* (БАт) – 78. С *легким течением ХОБЛ* было 133 чел., со *средне-тяжелым* – 185, с *тяжелым* – 240, с *крайне-тяжелым* – 114. Больные БАст были разделены на две группы: без применения системных пероральных ГКС и с их курсовым применением. Это позволило условно сопоставить соответствующие группы больных БА и ХОБЛ. Больные обследовались в динамике – при поступлении, в периоде затихающего обострения (7-12 суток) и при выписке. Диагноз заболевания ПС устанавливался на основании результатов традиционных клинико-анамнестических и лабораторно-инструментальных исследований. Сравнительную группу составили 96 больных гастроэнтерологического отделения госпиталя, не страдавшие заболеваниями легких.

Результаты и их обсуждение. Заболевания ЖКТ и ГСБ были выявлены у 50,9% больных БА и у 53% больных ХОБЛ. Выявленные заболевания оказались одними из наиболее частых спутников или осложнений из всех форм внелегочных висцеральных патологических процессов, имевшихся у этих больных (наряду с ИБС, гипертонической и мочекаменной болезнью). Средний возраст больных БА составил 63,3 года, больных ХОБЛ – 73 года. 2/3 из них были мужчины.

Заболевания ПС были представлены традиционными формами. Лидирующее положение принадлежало хроническому гастриту (22,9% при БА и 22,3% при ХОБЛ). Частота других заболеваний оказалась в 1,5-5 раз меньше. Указанные формы составили 3/4 всех патологических процессов и при БА, и при ХОБЛ. Установленные показатели были близки к уровню заболеваний ПС в популяции.

Указанные патологические процессы создавали три клинических варианта ситуации взаимного отягощения: с патологическими процессами только в ЖКТ, с патологическими процессами только в ГСБ и с сочетанными патологическими изменениями этих органов. Доминирующим вариантом (и при БА, и при ХОБЛ) был третий вариант: если первый был отмечен в 24,8 и 12,1% (соответственно при БА и ХОБЛ), а второй – в 26,9 и 36,2%, то третий наблюдался у 48,2 и 51,7% больных.

Оказалось, что заболевания ПС и БА, и, особенно, ХОБЛ – наиболее характерны для мужчин, старше 60 лет, с длительностью заболеваний легких более 10 лет, средне-тяжелого и тяжелого течения, с гормонозависимостью. У больных атопической БА патология ЖКТ наблюдалась в два раза чаще, чем при инфекционно-зависимой форме заболевания, что косвенно подтверждало роль аллергии в ее генезе. Формирование в той или иной степени выраженного синдрома взаимного отягощения, хотя и не всегда с равным участием составляющих сторон, создавало условия для более тяжелого течения БА (ХОБЛ) и для более затяжного и тяжелого течения патологии ПС. Полноту обследования в целях диагностики заболеваний ПС определяла их клиническая манифестность. Углубленное обследование (УЗИ, эндоскопические и гистологические исследования, в том числе на хеликобактер), подтверждало клинические подозрения в 80-90% наблюдений.

Особенности клинического течения заболеваний ЖКТ и ГСБ у больных БА и ХОБЛ сводились к их малосимптомности, к сочетанности с клиникой основного заболевания, к большей инертности по сравнению с темпом течения обострения БА и ХОБЛ. Оценка взаимосвязи БА и ХОБЛ с заболеваниями ПС на патогенетическом уровне потребовала разработки определенной базы критериев. Среди критериев патогенетической связи патологии ПС и при БА, и при ХОБЛ наибольшее значение имели соотношение сроков их развития относительно друг друга, соотношение времени обострения этих заболеваний и их обратимость, преобладающее значение факторов риска, либо связанных с течением легочных заболеваний, либо характерных для заболеваний ЖКТ и ГСБ, острота течения, аллергическая настроенность, интенсивность курения. Преобладание положительных признаков свидетельствовало в пользу связи процессов, отрицательных – об ее отсутствии. Чем выше была степень связи, тем в большей мере возникновение патологии ЖКТ и ГСБ можно было рассматривать как осложнение легочного заболевания и тем актуальней становились задачи их диагностики и лечения. Чем независимей были составляющие звенья патологии, чем менее активными оказывались их проявления, тем меньше была необходимость в их диагностике и коррекции. Альтернативный характер выбора позволял с относительной надежностью констатировать две группы изменений: патогенетически связанных и не имеющих патогенетической связи с БА (ХОБЛ), предшествующих и интеркуррентных. К числу патогенетически связанных с заболеваниями легких (по типу их осложнений) нами были отнесены, симптоматические язвы и эрозии желудка и 12-перстной кишки, функциональные расстройства желудка, дискинезия желчевыводящих путей и т.д. К предшествующим – холециститы, колиты. К интеркуррентным – редкие случаи лекарственных поражений. Первая группа в общей структуре патологии составила 20%, вторая – 70%. Часть изменений не имела определенной характеристики.

Патология ПС при БА и ХОБЛ характеризовалась значительной общностью, проявляясь близкой частотой и структурой заболеваний, сходством демографических и нозологических характеристик, однозначностью критериев клинико-патогенетической группировки, сходством основных факторов риска и методологии диагностических и терапевтических подходов. Особенности патологии ПС отражали особенности основных заболеваний (БА и ХОБЛ) и сводились к большей роли аллергии, рефлюксных и эрозивно-язвенных процессов в гастродуоденальной зоне при БА, и к определяющей роли длительного курения, эндогенной интоксикации, необратимой обструкции бронхов и легочного сердца при ХОБЛ.

Очевидно отсутствие существенных отличий и сравниваемых лабораторных показателей при БА и ХОБЛ. И это подтверждало доминанту общности патологии ПС при таких, казалось бы, различных заболеваниях.

Сравнительный анализ патологии ПС при БА и ХОБЛ выявил значительную общность в клиническом течении, симптоматологии, диагностической доказательности, системности поражения, терапевтических подходах и возможностях прогноза. Большинство заболеваний, как правило, соответствовали своим первичным, классическим, аналогам. Тем не менее, не являясь основным предметом госпитализации, заболевания ЖКТ и ГСБ (спутники болезней легких) – в той или иной мере испытывали неблагоприятные влияния последних – интоксикации, аллергии, нарушений гемодинамики, длительного применения пероральных медикаментозных средств, в частности ГКС, что не могло не сказываться на характере их течения, обострения и изменения его. При этом, оставаясь патологией «второго плана», непрофильной для пульмонологического стационара, она оказывалась диагностически и терапевтически обделенной.

Патогенетическая основа патологических процессов в ПС при БА и ХОБЛ также характеризуется значительной общностью. Вместе с тем, в отношении ряда процессов можно подчеркнуть особенности их формирования. Так, было отмечено важное значение аллергии, главным образом при БА, особенно легкой и средне-тяжелой. С частотой внелегочной аллергии, частотой иммуноглобулинемии Е коррелировали частота эрозивно-язвенных поражений желудка, симптоматических язв. При ХОБЛ эта связь прослеживалась реже, но также имела. Длительная интоксикация, определяемая по результатам оценки характера мокроты, по нарастанию лейкоцитоза, ускорению СОЭ, по уровню С-РБ и

фибриногенемии была характерна для ХОБЛ и, повидимому, лежала в основе весьма частых атрофических (субатрофических) процессов в слизистых оболочке желудка и 12-перстной кишки, которые отмечались и при астме, вероятно за счет ее сочетания с фоновым хроническим бронхитом.

Опыт показал, что возможности обследования и лечения больных БА и ХОБЛ с заболеваниями ПС в реальной практике ведения этих больных в условиях пульмонологического отделения оказываются существенно меньшими, чем в специализированном гастроэнтерологическом стационаре. Это было обусловлено различными причинами: преимущественным вниманием лечащих врачей (и самих больных) к проблемам БА и ХОБЛ и вытеснение соответствующих диагностических и терапевтических решений в отношении заболеваний ПС, некомплексностью терапевтической коррекции гастроэнтерологических заболеваний даже в тех случаях, когда она назначалась, неполнотой средств контроля эффективности использованных мер коррекции, материальными соображениями, неназначением средств коррекции.

Возможны два алгоритма гастроэнтерологического обследования больных БА и ХОБЛ. Первый, при предварительном догоспитальном обследовании, преследует лишь контрольные цели, второй, при отсутствии предварительного обследования, предполагает его проведение после устранения тяжелых проявлений обострения БА и ХОБЛ с последующим контролем перед выпиской. Тактика терапевтической коррекции заболеваний ПС при БА и ХОБЛ имеет три варианта: с проведением минимальной по объему и профилактической по назначению коррекции в случаях ремиссии; с курсовым применением симптоматической терапии при умеренном обострении процессов; с проведением курсовой терапии, включающей полный комплекс методов лечения. В применении максимального варианта коррекции нуждаются до 40% больных астмой и ХОБЛ. Рано назначенная и полно проведенная курсовая терапия оказывается достаточной для купирования обострения сопутствующей патологии.

Сочетание БА и ХОБЛ с заболеваниями ПС требует такого обеспечения больных, при котором учитывались бы и проблемы патологии «второго плана». Это предполагает дифференцированное ведение больных с учетом значимости сопутствующих заболеваний и требует организационных решений.

Выводы:

1. Патология ПС – одна из наиболее частых и тяжелых видов внелегочной висцеральной патологии, сочетающейся с БА и ХОБЛ или осложняющей их течение, – типичный пример формирования полиморбидной патологии, включая синдром взаимного отягощения. Ее частота и структура зависят от клинко-патогенетической вариантности, степени тяжести, длительности и фазы течения заболеваний легких.

2. Патологические изменения ПС у больных БА и ХОБЛ составляют две группы: патогенетически связанные с основными заболеваниями и не имеющие с ними патогенетической связи (предсуществующие – с обострением или без него и интеркуррентные).

3. Патология ПС при БА и ХОБЛ характеризуется значительной общностью, что проявляется близкой частотой и структурой заболеваний, сходством демографических и нозологических характеристик, однозначностью критериев клинко-патогенетической группировки, сходством основных факторов риска и методологии диагностических и терапевтических подходов. Особенности патологии ПС отражают особенности БА и ХОБЛ и сводятся к достоверно большей роли аллергии, рефлюксных и эрозивно-язвенных процессов в гастродуоденальной зоне при БА, и к большей роли длительного курения, эндогенной интоксикации, необратимой обструкции бронхов и легочного сердца в генезе заболеваний ПС при ХОБЛ.

4. Заболевания ПС у больных БА и ХОБЛ требуют соответствующей диагностической и прогностической оценки, терапевтической и профилактической коррекции, дифференцированных в зависимости от тяжести данной патологии и ее последствий. Оправдан широкий подход к оценке патологии ПС, сочетанной с БА и ХОБЛ, с дифференциацией степени ответственности пульмонолога в ведении данных больных. Это выдвигает дополнительные организационные требования к гастроэнтерологическому обеспечению пульмонологического стационара.

AND CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE PATIENTS (COMPARATIVE ANALYSIS)

M.M. KIRILLOV, S.M. KIRILLOV, A.YU. RYABOVA

This work presents the results of studying the frequency, structure, risk factors, clinical and pathogenetic classification of pathological processes in the digestive system of bronchial asthmatic and chronic obstructive pulmonary disease patients, comparative evaluation of the degree of generality and features of the said diseases processes and the development on this basis of differential diagnostic and therapeutic surveillance of such patients in pulmonary hospital environment.

Key words: diseases, digestive system, bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease.

УДК 612.398.145.2; 616-006

ЛЕЧЕНИЕ АНЕМИИ В ПЕРИОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

А.З. ГУСЕЙНОВ, Д.А. ИСТОМИН, Т.А. ГУСЕЙНОВ, А.Л. КУАЕ*

В статье представлены результаты диагностики и лечения анемии у больных со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта. Результаты проведенного лечения анемии у 64 больных с раком желудка, ободочной и прямой кишки показали эффективность применения эпокрин, что позволяет снизить количество гемотрансфузий в периперационном периоде. Оптимальная схема лечения анемии должна включать витамины группы В, препараты железа, эпокрин, что позволяет существенно повысить эффективность противоопухолевого лечения.

Ключевые слова: анемия, злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта, эпокрин, комплексное лечение.

В настоящее время все большее внимание уделяется анемии при злокачественных новообразованиях. Это обусловлено проводимыми исследованиями связи между анемией и течением опухолевого процесса, а также изучением влияния анемии на результаты лечения больных с новообразованиями. Особенно актуальной проблема становится при планировании и проведении оперативного лечения.

По данным ряда исследователей, развитие анемии, приводящей к гипоксии, провоцирует усиление опухолевого ангиогенеза и стимулирует рост опухоли. Наличие анемии снижает вероятность достижения эффекта лучевой терапии более чем в 2 раза, а вероятность достижения эффекта химиотерапии более чем в 1,5 раза. Анемия увеличивает риск смерти у больных со злокачественными новообразованиями, особенно в периперационном периоде [2,5].

Развитие анемии значительно ухудшает качество жизни онкологических больных, вызывая слабость, снижение физической и психической активности. Наличие у пациента анемии увеличивает общие расходы на лечение онкологических пациентов в 1,6 раза, количество дней, проведенных в стационаре – более чем в два раза, число лекарственных назначений – на 34% [5].

По данным ЕИАР (Европейское Исследование Анемии при Раке), анемия отмечалась у 35% пациентов с впервые выявленным онкологическим процессом, у 49% пациентов, получающих противоопухолевое лечение и у 31% больных, находившихся в стадии ремиссии. Анемия при проведении химиотерапии отмечается у 63% онкологических больных, во время лучевой терапии – у 20%. На протяжении болезни анемия (Hb<120 г/л) наблюдалась у 72% пациентов со злокачественными заболеваниями системы кроветворения и у 66% больных солидными новообразованиями [1,6].

Анемия, связанная со злокачественным процессом и его лечением, полиэтиологична [1,3]. Среди причин анемии рассматриваются кровотечения, гемолиз, инфильтрация костного мозга опухолевыми клетками, недостаточность питания, особенно гипопротеинемия, и хронические заболевания, прежде всего органов желудочно-кишечного тракта, а также различные сочетания этих причин [2,4,6].

Как известно, анемия регистрируется при снижении уровня гемоглобина крови ниже физиологической нормы (Hb<120 г/л). В зависимости от выраженности снижения уровня гемоглобина