

Выводы:

1. У больных псориазом жителей Хабаровского края (85 чел.) определены антигены гистосовместимости. Проанализированы иммуногенетические показатели системы HLA. Выявлены повышенная частота встречаемости антигенов HLA-A1, -B13, -B17, и сниженная – HLA-A28, -B7, -Cw3 и -Cw4 (для всех случаев $p < 0,01$).

2. Выявлена взаимосвязь иммуногенетических детерминант (системы HLA) с показателями липидного обмена у больных псориазом с повышенной частотой встречаемости антигенов HLA-A1, -B13 и -B17 (для всех случаев $p < 0,001$).

3. Показатели общих липидов у больных псориазом с антигенами HLA-A1, -B13 и -B17 (для всех $p < 0,001$) достоверно повышены.

4. Показатели триглицеридов у больных псориазом с антигенами HLA-A1, -B13 и -B17 ($p < 0,001$) достоверно повышены.

5. Показатели общего холестерина у больных псориазом с антигенами HLA-A1, -B13 и -B17 ($p < 0,001$) достоверно снижены.

6. Больным псориазом показано комплексное клиническое, биохимическое, иммунологическое и иммуногенетическое обследование для диагностики, рационального лечения и профилактики.

Таким образом, ещё не все механизмы, лежащие в основе патогенеза у больных псориазом и связанные с антигенами гистосовместимости системы HLA, полностью раскрыты. Иммуногенетические детерминанты, предрасположенность к различным биохимическим нарушениям обмена

также могут влиять на течение и прогноз такого заболевания неясной этиологии, как псориаз.

Литература

1. Зарецкая Ю.М. Иммунология и иммуногенетика человека / Ю.М. Зарецкая. - М.: Трида-Фарм, 2002. - 138 с.

Zaretskaya Yu.M. Human immunology and immunogenetics / Yu.M. Zaretskaya. - M.: Triada-Farm, 2002. - 138 p.

2. Зарецкая Ю.М. Клиническая иммуногенетика / Ю.М. Зарецкая. - М.: Медицина, 1983. - С. 62.

Zaretskaya Yu.M. Clinical immunogenetics / Yu.M. Zaretskaya. - M.: Meditsina, 1983. - p. 62.

3. Илёшина Т.В. Клинико-иммунологические особенности псориатического эритродермии : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Т.В. Илёшина. - М., 1988. - 16 с.

Ileshina T.V. Clinical and immunological features of psoriatic erythroderma: avtoref. diss. ... kand. med. nauk / T.V. Ileshina. - M., 1988. - 16 p.

4. Мордовцев В.Н. Изучение популяционной частоты псориаза / В.Н. Мордовцев, А.С. Сергеев, П.М. Алиева // Вестн. дерматологии. - 1982. № 7. - С. 8-13.

Mordovtsev V.N. Study of Population Frequency of psoriasis / V.N. Mordovtsev, A.S. Sergeev P.M. Alieva // Vestn. dermatologii. - 1982. № 7. - pp. 8-13.

5. Некипелова А.В. Комплексный метод лечения больных псориазом, страдающих нарушениями липидного обмена : автореф. дисс. ... канд. мед. наук / А.В. Некипелова. - М., 1999. - 16 с.

Nekipelova A.V. Comprehensive treatment of psoriasis patients suffering from disorders of lipid metabolism: avtoref. diss. ... kand. med. nauk / A.V. Nekipelova. - M., 1999. - 16 p.

6. Никулин Б.А. Оценка и коррекция иммунного статуса / Б.А. Никулин. - М.: ГЭОТАР – медиа, 2007. - С. 139-140.

Nikulin B.A. Evaluation and correction of immune status / B.A. Nikulin. - M.: GEOTAR – media, 2007. - pp. 139-140.

7. Суворова К.Н. Некоторые особенности комплексной терапии тяжёлых форм псориаза / К.Н. Суворова, И.М. Корсунская, А.Ю. Путинцев // Рос. журн. кож. и венер. болезней. - 2002. - № 6. - С. 31-32.

Suvorova K.N. Some features of the complex therapy of severe psoriasis / K.N. Suvorova, I. M. Korsunskaya A.Yu. Putintsev // Ros. zhurn. kozh. i vener. boleznei. - 2002. - № 6. - pp. 31-32.

8. Терлецкий О.В. Псориаз. Дифференциальная диагностика «псориазоподобных» редких дерматозов. Терапия : мед. атлас / О.В. Терлецкий. - СПб.: ДЕАН, 2007. - 512 с., ил.

Terletskii O.V. Differential diagnosis of rare psoriasis-like dermatoses / O.V. Terletskii // Terapiya: med. atlas. - SPb.: DEAN, 2007. - 512 p.

9. Терлецкий О.В. Псориатический артрит. Некоторые вопросы ранней диагностики, дифференциальной диагностики и терапии : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.В. Терлецкий. - СПб., 1998. - 23 с.

Terletskii O.V. Psoriatic arthritis. Some issues of early diagnosis, differential diagnosis and therapy: avtoref. dis. ... kand. med. nauk / O.V. Terletskii. - SPb., 1998. - 23 p.

10. Эффективность и безопасность лечения больных тяжёлыми формами псориаза / А.Л. Бакулев, С.С. Кравченко, Н.А. Слесаренко, А.А. Шабогина // Вестн. дерматол. - 2010. - №2. - С. 72-81.

The efficacy and safety of treatment of patients with severe psoriasis / A.L. Bakulev, S.S. Kravchenya, N.A. Slesarenko, A.A. Shabogina // Vestn. dermatol. - 2010. - № 2. - pp. 72-81.

11. Farber E.M. Epidemiology: Natural History and Genetics / E.M. Farber, L.Nall // Psoriasis. - New York; Basel; Hong Kong. - 1991. - P. 209-258.

12. HLA-antigens and susceptibility to psoriasis vulgaris in a non-caucasian population / Tsuji K., Nose Y., Ito M. [et. al.] // Tissue Antigens. - 1976. - V. 8. - H. 29-33.

13. HLA-antigens in Pustular Psoriasis / H. Zachariae, H. Overgaard-petersen, F. Kissmeyer-Nielsen [et. al.] // Dermatologica. - 1977. - V. 154. - H. 73-77.

14. Terasaki P. Microdroplet Assay of Human Serum Cytotoxins / P. Terasaki, J. D. McClelland // Nature. - London, 1964. - V. 204. - P. 998-1000.

А.А. Шевченко, Н.Г. Жила, А.В. Шевченко

КОЛЛАПСОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

УДК 616.240-002.5-089

Авторами разработан альтернативный метод экстраплевральной коллапсохирургической торакопластики с целью лечения деструктивных форм туберкулеза легких. Предлагаемое оперативное пособие отвечает всем требованиям коллапсохирургических операций при лечении туберкулеза органов дыхания, в то же время обладает высокой косметической эффективностью и значительно меньшей травматичностью в отличие от ранее разработанных традиционных способов торакопластики при туберкулезе легких.

Ключевые слова: туберкулёз, торакопластика.

ШЕВЧЕНКО Александр Александрович – к.м.н., доцент Дальневосточного гос. мед. ун-та (г. Хабаровск), aleshev2@yandex.ru; **ЖИЛА Николай Григорьевич** – д.м.н., проф. Санкт-Петербургского гос. педиатрич. мед. ун-та МЗ РФ; **ШЕВЧЕНКО Александр Васильевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой ДВГМУ.

The authors have developed an alternative method of extrapleural surgical collapse thoracoplasty for the treatment of destructive forms of pulmonary tuberculosis. The proposed operational technique meets all requirements of surgical collapse operations in the treatment of respiratory tuberculosis, at the same time has a high cosmetic efficacy and significantly less traumatic in contrast to previously developed traditional ways of thoracoplasty at pulmonary tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, thoracoplasty.

Введение. К настоящему времени туберкулез не ликвидирован ни в одной стране мира и продолжает оставаться сложной социально-экономической и медико-биологической проблемой [1,3,5]. При этом отмечаются рост лекарственно устойчивых форм туберкулеза легких, а также утяжеление клинической структуры заболевания. Так, все более увеличивается количество больных с распространенным деструктивным туберкулезом, для которых классическая резекционная хирургия легких оказывается часто неприемлемой в силу утери радикальности, чрезмерного функционального риска и невозможности предотвратить прогрессирование туберкулезного процесса [4].

Коллапсохирургические вмешательства по сути своей являются реконструктивными операциями на грудной клетке, связанными с резекцией большего или меньшего количества ребер, и представляют собой значительную травму для организма.

Материалы и методы. В настоящее время в торакальной хирургии, фтизиохирургии в частности, в качестве коллапсохирургических операций наиболее часто применяются: экстраплевральная верхне-задняя торакопластика по Л.К. Богушу [2], заключающаяся в удалении I–III ребер и поднадкостничной резекции задне-боковых отрезков IV–VII ребер, и 5-реберная остеопластическая торакопластика, предложенная Новосибирским НИИ туберкулеза [3], заключающаяся в поднадкостничной резекции задних отрезков верхних четырех или пяти ребер с низведением их и фиксацией к нерезецированному ребру (при пересечении I–II ребер у грудины из дополнительного парастерального доступа). А.Ф. Кравченко разработал оригинальную методику торакопластики с фиксацией коллабированного легкого после выполненного экстраплеврального пневмолиза, при помощи сетки, предварительно изготовленной по типу «гамака». При этом верхние четыре ребра также удаляются.

Недостатками первого вида операции являются выраженный косметический дефект, а именно деформация плечевого пояса и грудной клетки, и очень высокая травматичность. Второй вид операций также создает косметический дефект (сохраняется углубление над- и подключичной ямки на стороне операции), оказывающий на больного негативное психологическое влияние, при этом отмечается зна-

чительная травматизация, связанная с перемещением ребер. Третий вид операции позволяет снизить травматичность операции вследствие удаления ребер, но изготовление и фиксация сетки связаны с определенными трудностями.

В связи с вышеизложенным нами разработан альтернативный метод операции, не создающей косметического дефекта и соответствующей всем необходимым требованиям коллапсохирургического вмешательства (патент РФ № 2470604).

Предлагаемое хирургическое вмешательство заключается в следующем: из паравертебрального доступа (линейный разрез до 10 см) обнажается реберный каркас от II до V ребер, пересекаются у позвоночника и поднадкостнично резецируются III и IV ребра от позвоночника до средней подмышечной линии. Далее выполняется экстраплевральный пневмолиз купола до корня легкого с наложением гофрирующих швов, уменьшающих объем плевральной полости, и плевропневмопексией к заднему отрезку VI ребра. Таким образом, создается экстраплевральная полость объемом до 300–400 см³. Из дополнительного доступа, по краю широчайшей мышцы спины, линейным разрезом до 10 см выделяется торакодорзальный мышечный лоскут определенной массы, соответствующей объему сформированной экстраплевральной полости, на сосудистой ножке с вершиной в подмышечной впадине. В проксимальном отделе подмышечной впадины формируется тоннель под большой круглой мышцей, далее торакодорзальный мышечный лоскут перемещается через сформированный тоннель и межреберный дефект, полностью заполняя ранее сформированную экстраплевральную полость. Для фиксации лоскута накладываются 1–2 наводящих шва в дорзальном углу межреберного окна. Экстраплевральная полость дренируется резиновой трубкой.

Предлагаемый метод костно-мышечного хирургического вмешательства при деструктивных формах туберкулеза легких имеет следующие преимущества перед традиционными способами:

- 1) менее выраженная операционная травма;
- 2) полное заполнение жизнеспособным торакодорзальным мышечным лоскутом любого объема экстраплевральной полости, сформированной после пневмолиза, вследствие чего

предотвращается рецидивирование специфического процесса в легком;

3) отсутствие послеоперационного косметического дефекта (уродующей деформации грудной клетки) значительно повышает качество жизни и способствует оптимальной социальной адаптации больных туберкулезом легких после хирургического лечения.

Результаты и обсуждение. Вышеописанная методика оперативного лечения применяется в хирургическом торакальном отделении КГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер» с февраля 2010 г. Предлагаемое оперативное пособие применено у 22 больных деструктивным туберкулезом легких. Послеоперационные осложнения отмечены у 2 (9%) пациентов в виде небольшой подкожной серомы на месте выделения торакодорзального лоскута. Осложнения носили временный характер, ликвидированы пункционно.

Результаты операции оценивались через 4 месяца. В 21 (95,5%) случае достигнуты абациллирование и полное закрытие полостей распада легочной ткани с формированием пневмосклероза, в одном случае отмечен частичный положительный эффект: абациллирование, полости распада уменьшились, но сохранились, в связи с чем вторым этапом выполнена резекция верхней доли правого легкого. Во всех случаях достигнут положительный косметический эффект (симметричная грудная клетка).

Литература

1. Аксенова В.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей в России / В.А. Аксенова // Туберкулез: Проблемы диагностики, лечения и профилактики : труды Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2003. - С. 81–85.
- Aksenova V.A. The epidemiological situation on TB in children in Russia / V.A. Aksenova // Tuberculosis: The Problem of diagnostics, treatment and prevention : proceedings of All. Russian sci.-practical. conf. - SPb., 2003. - P. 81–85.
2. Богуш Л.К. Хирургическое лечение туберкулеза легких / Л.К. Богуш. - М.: Медицина, 1979. - 296 с.
- Bogush L.K. Surgical treatment of pulmonary tuberculosis / L.K. Bogush. - M: Medicine, 1979. - 296 p.
3. Боровинский А.И. Селективный коллапс и открытое лечение каверн при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе легких / А.И. Боровинский, И.Г. Урсов, В.А. Краснов. - Новосибирск: Новосибирский полиграфкомбинат, 2003. - 190 с.
- Borovinskii A.I. Selective collapse and open treatment of cavities in disseminated fibro-cavernous pulmonary tuberculosis / A.I. Borovinskii, I.G. Ursov, V.A. Krasnov. - Novosibirsk: Novosibirsk polygraphic plant, 2003. - 190 p.
4. Левин А.В. Щадящая коллапсохирургия / А.В. Левин, Г.М. Караловский. - Новосибирск : СП «Наука», 2000. - 175 с.

Levin A.V. Gentle collapse therapy / A.V. Levin, G.M. Kagalovsky. - Novosibirsk : SP «Nauka», 2000. - 175 p.

5. Свистунова А.С. Туберкулез и внутренние болезни / А.С. Свистунова, Н.Е. Черне-

ховская, В.И. Чуканов. - М.: Академия, 2005. - 512 с.

Svistunova A.S. Tuberculosis and internal diseases / A.S. Svistunova, N.E. Chernehovskaya, V.I. Chukanov. - M.: The Academy, 2005. - 512 p.

6. Кравченко А.Ф. Патент РФ U (11) 2207055 (13). - С. 2.

Kravchenko A.F. Patent RF U (11) 2207055 (13). - P. 2.

УДК 616.233-007.272-055

Н.А. Ковалькова, Н.И. Логвиненко, М.И. Воевода,
С.К. Малютина

ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ г. НОВОСИБИРСКА

В работе использованы материалы популяционного одномоментного исследования, полученные в рамках проекта <HAPIEE> в 2002-2005 гг. («Детерминанты сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе: когортное исследование»). У 73,2% (6875) лиц из общей выборки (9397 чел.) в возрасте 45-69 лет изучена функция внешнего дыхания: трехкратное измерение объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ). При изучении вероятности формирования БОС для лиц с анамнезом курения по отношению к некурящим было получено, что у мужчин-курильщиков БОС формируется в 3,2 раза чаще, у женщин-курильщиц – в 1,7 раза чаще, чем у некурящих; у мужчин-экс-курильщиков БОС формируется в 2 раза чаще, у женщин-экс-курильщиц – в 2,1 раза чаще, чем у некурящих; у периодически курящих лиц не выявлено большей вероятности развития БОС. При анализе популяционных показателей выявлена отрицательная корреляционная связь компонентов БОС (ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ) с индексом курящего человека. Результаты исследования показали, что на формирование БОС оказывают влияние наличие анамнеза курения, интенсивность и продолжительность курения.

Ключевые слова: бронхообструктивный синдром, статус курения, индекс курящего человека.

We used populational one-shot study materials obtained within the project <HAPIEE> in 2002-2005 ("Determinants of cardiovascular diseases in Eastern Europe: a cohort study"). In 73.2% (6875) of sample (9397 prs) aged 45-69 years we studied respiratory function: triple measurement of forced expiratory volume in 1 second (FEV1), forced vital capacity (FVC). In studying the possibility of bronchial obstruction syndrome (BOS) for individuals with a history of smoking in relation to non-smokers it was found that in male smokers BOS formed in 3.2 times more often, in women - smokers – in 1.7 times more often than in non-smokers; in men - ex- smokers BOS formed in two times more often, in female ex- smokers – in 2.1 times more often than in non-smokers; in periodically smoking persons there was no tendency to BOS. At the analysis of population indices we revealed negative correlation of BOS components (FEV1, FEV1/FVC) with smoker index. The results showed that smoking history, intensity and duration of smoking affect the BOS formation.

Keywords: bronchial obstruction syndrome, smoking status, a smoker index.

Введение. Курение широко распространено во всем мире. Российская Федерация по показателю распространенности курения среди взрослого населения занимает второе место в мире (43,4%), уступая только Греции, где этот показатель равен 48,2%. Табакокурение отнесено к общим факторам риска хронических неинфекционных заболеваний (в том числе хронических респираторных заболеваний), на долю которых приходится 63% всех случаев смерти [5].

В настоящее время курение сигарет признано самым распространенным и важным фактором риска развития хронической обструктивной болезни легких [1]. Показано, что у курильщиков

раньше появляются респираторные симптомы и более быстро происходит нарушение легочной функции [2].

Однако существует мнение, что фактор курения не является единственным в формировании бронхообструктивного синдрома (БОС). Имеются данные, что примерно каждый третий с необратимой бронхиальной обструкцией никогда не курил, причем большинство из них женщины [4].

Исследования по изучению БОС, влияния курения на формирование БОС в г. Новосибирске никогда не проводились.

Указанное выше делает актуальной проблему изучения влияния курения на формирование БОС в г.Новосибирске.

Цель – изучить влияние курения на формирование БОС в открытой популяции г. Новосибирска.

Материалы и методы. В работе использованы материалы популяционного одномоментного исследования, полученные в рамках проекта <HAPIEE> в 2002-2005 гг. («Детерминанты сердечно-сосудистых заболеваний в Восточной Европе: когортное исследование»). Принципиальные ис-

следования – проф. С. К. Малютина, акад. РАМН Ю. П. Никитин). Выборки были сформированы на основе избирательных списков с помощью таблицы случайных чисел. Объем выборок определялся протоколом программы. У 73,2% (6875) лиц из общей выборки (9397 чел.) в возрасте 45-69 лет изучена функция внешнего дыхания путем трехкратного измерения объема форсированного выдоха за 1-ю секунду (ОФВ1), форсированной жизненной ёмкости легких (ФЖЕЛ).

Спирометрия проводилась на аппарате Micro Plus (MicroMedical, UK). Результаты спирометрии фиксировались и обрабатывались компьютерной диагностической программой Spida 4. Проведен индивидуальный расчет индексов ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, без определения теста на обратимость бронхообструкции с целью выявления лиц с ОФВ1/ФЖЕЛ < 70% и ОФВ1 < 80%. Калькуляция индексов (ОФВ1/ОФВ1 от должной величины, ОФВ1/ФЖЕЛ) проводилась с использованием сравнительных уравнений должных значений, полученных в ходе третьего национального исследования США (Third

НИИ терапии СО РАМН (г. Новосибирск):
КОВАЛЬКОВА Наталья Алексеевна – аспирант, terap2000@yandex.ru, **ВОЕВОДА Михаил Иванович** – д.м.н., проф., чл.-кор. РАМН, mvovoda@ya.ru, **МАЛЮТИНА Софья Константиновна** – д.м.н., проф.; **ЛОГВИНЕНКО Надежда Ивановна** – д.м.н., проф. Новосибирского гос. мед. университета, nadejda-logvinenko@yandex.ru.