

группе была выше, чем во 2-й на 8,1 ($p < 0,001$) и 21,9% ($p < 0,001$) соответственно.

Выводы. Таким образом, полученные результаты еще раз подтверждают важную патогенетическую роль разбалансировки в системе «ПОЛ – антиоксиданты» при пневмонии. Использование в терапии препаратов, содержащих селен, приводит к мобилизации антиоксидантных ресурсов организма, следствием чего является нормализация величин продуктов липопероксидации. Наибольшей эффективностью обладают лекарственные препараты на основе растений, содержащие природные соединения селена, их химическая природа близка человеческому организму, они легко включаются в биохимические процессы пациента, оказывают многостороннее, мягкое, регулирующее и безопасное действие при длительном использовании.

Литература

1. Андреева Л.И. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой / Л.И. Андреева, Л.А. Кожемякин, А.А. Кишкун // Лаб. дело. – 1988. – № 11. – С. 41-43.
2. Андреева Л.И. Updating of a method of definition of lipids peroxides in the test with thiobarbituric acid / L.I. Andreeva, L.A. Kozhemjakin, A.A. Kishkun // Lab. Delo. – 1988. – № 11. – P. 41-43.
3. Влияние алиментарного микроэлементоза на активность глутатион-пероксидазы и супероксиддисмутазы / А.В. Васильев [и др.] // Биомед. химия. – 2008. – Т. 54. – Вып. 2. – С. 236-243.
4. Alimentary micronutrientosis influence on activity of a glutation-peroxidase and superoxide dismutase / A.V. Vasilev [et al.] // Biomedical chemistry. – 2008. – Vol. 54. – Release 2. – P. 236-243.
5. Волчегорский И.А. Сопоставление различных подходов к определению продуктов перекисного окисления липидов в гептан-изопропанольных экстрактах крови / И.А. Волчегорский, А.Г. Налимов, Б.Г. Яровинский, Р.И. Лифшиц // Вопр. мед. химии. – 1989. – № 1. – С. 127 – 131.
6. Volchegorskij I.A. Comparison of various approaches to definition of lipid peroxidation products in heptane-isopropyl blood extracts / I.A. Volchegorskij, A.G. Nalimov, B.G. Jarovinsky, R.I. Lifshits // Vopr. Med. chimii. – 1989. – № 1. – P. 127 – 131.
7. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А.Г. Чучалин [и др.]. – М.: М-Вести, 2006. – 76 с.
8. Community-acquired pneumonia at adults: practical references on diagnostics, treatment and prevention / A.G. Chuchalin [et al.]. – М.: M-Vesti, 2006. – 76 p.
9. Зенков Н.К. Окислительный стресс / Н.К. Зенков, В.З. Ланкин, Е.Б. Меньшикова. – М., 2001. – 343 с.
10. Zenkov N.K. Oxidizing stress / N.K. Zenkov, V.Z. Lankin, E.B. Menshchikova. – M., 2001. – 343 p.
11. Коррекция недостаточности селена у больных пневмонией / И.Г. Бакулин [и др.] // Вопросы питания. – 2004. – № 3. – С. 12-14.
12. Correction of selenium insufficiency in pneumonia patients / I.G. Bakulin [et al.] // Voprosy pitania. – 2004. – № 3. – P. 12-14.
13. Королюк М.А. Метод определения каталазы / М.А. Королюк, Л.И. Иванова, И.Г. Майорова // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 16-19.
14. Koroljuk M. A. Method of catalase definition / M. A. Koroljuk, L.I. Ivanova, I.G. Majorova / Lab. Delo. – 1988. – № 1. – P. 16-19.
15. Кохан С.Т. Селенассоциированные изменения системы «ПОЛ-АОЗ» у призывников Забайкальского края и возможности его патогенетической коррекции / С.Т. Кохан // Военно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 330, № 11. – С. 52-53.
16. Kokhan S.T. Selenassociated changes of system «LPO-AOD» in recruits of Zabaykalye territory and possibility of its pathogenetic correction / S.T. Kokhan // Military-medical magazine. – 2009. – Vol. 330, № 11. – P. 52-53.
17. Медицинские лабораторные технологии: справочник / Под ред. А.И. Карпищенко. – СПб.: Интермедика, 2002. – 600 с.
18. Medical laboratory technologies: A directory. / A.I. Karpishenko edition. – SPb.: Intermedica, 2002. – 600 p.
19. Оберлис Д. Биологическая роль макро- и микроэлементов у человека и животных / Д. Оберлис, Б. Харланд, А. Скальный. – СПб.: Наука, 2008. – 544 с.
20. Oberliz D. Biological role of macro- and microelements in man and animals / D. Oberliz, B. Harland, A. Skalny. – SPb.: Nauka, 2008. – 544 p.
21. Опыт применения селеносодержащей биологически активной добавки у детей с пневмониями в отделении реанимации / А.К. Углицких [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2006. – № 1. – С. 45-48.
22. Application experience of selenium-containing biologically active additive in children with pneumonia in resuscitation unit / A.K. Uglitsky [et al.] // Anesthesiology and resuscitation. – 2006. – № 1. – P. 45-48.
23. Чучалин А.Г. Пневмония / А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский. – М.: МИА, 2006. – 461 с.
24. Chuchalin A.G. Pneumonia / A.G. Chuchalin, A.I. Sinopalnikov, L.S. Strachunsky. – M: MIA, 2006. – 461 p.
25. Kokhan S.T. Some variants of selenium ecopatology in eastern Zabaykalye / S.T. Kokhan, M.I. Serdtsev // FAMILY HEALTH IN THE XXI CENTURY: Materials of XII International Scientific Conference. – Part 1. – Elat, 2008. – P. 380-381.

И.И. Винокуров

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОТБОРА БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕМАМИ ЛЕГКИХ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

УДК 616.24-002.592(1-17)

Изучение у 302 больных особенностей вариантов развития типов туберкулем легких в условиях Крайнего Севера позволило разработать дифференцированную тактику хирургического лечения. При этом клинико-морфологическое обоснование тактики ведения больных с учетом вариантов развития клинико-анатомических типов туберкулем способствует не только проводить адекватную схему химиотерапии, но и применять хирургические вмешательства в ранние сроки клинического наблюдения.

Внедрение в медицинскую практику дифференцированной тактики химиотерапии и хирургического лечения больных с туберкулемами легких с учетом особенностей вариантов развития и клинического течения типов туберкулем значительно снижает вероятность рецидива туберкулеза.

Ключевые слова: морфогенез, хирургия, туберкулемы легких, регион Крайнего Севера.

Based on analysis of features seen in development variants of different types of tuberculomas in 302 patients living in the Extreme North, differential approach to surgical treatment has been formulated. Thus clinically and morphologically grounded treatment approach to patients taking into account variants of development of tuberculomas clinical-anatomic types promotes to make not only the adequate schema of chemotherapy, but also to apply surgical interventions in early terms of clinical follow-up. Implemented to medical practice, this differential approach to chemotherapy and surgical treatment of patients with pulmonary tuberculomas based on main features in development variants and clinical course of tuberculomas remarkably decreases the probability of tuberculosis relapse.

Keywords: morphogenesis, surgery, pulmonary tuberculomas, Extreme North.

До настоящего времени нет обще-

ВИНОКУРОВ Иннокентий Иннокентьевич – к.м.н., с.н.с., зав. отделением ГУ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ РС (Я).

признанных подходов относительно тактики лечения больных с туберкулемами легких. Одни авторы утверждают, что туберкулемы относятся к формам туберкулеза, не требующим активного

лечебного вмешательства, с благоприятным прогнозом, склонным к регрессии и длительной стабилизации [3]. Другие подчеркивают потенциальную опасность туберкулем для больных

виду высокой вероятности к дальнейшему прогрессированию туберкулеза и считают необходимым их удаление хирургическим путем [2, 4].

Одной из причин противоречивости мнений в отношении лечебной тактики больных с туберкулемами является то, что в решении данного вопроса не всегда учитываются патогенетические, морфологические варианты развития типов туберкулем. В этой связи изучение особенностей патогенетических вариантов развития туберкулем в природно-климатических и социально-эпидемических условиях Крайнего Севера, несомненно, становится актуальной проблемой во фтизиатрии, имеющей значение для разработки новых подходов к тактике лечения больных.

Цель исследования. Определить критерии отбора больных для хирургического лечения с учетом особенностей вариантов развития типов туберкулем легких в условиях региона Крайнего Севера.

Материалы и методы исследования. У 302 больных в ходе динамического клинко-рентгенологического наблюдения причин возникновения туберкулем, а также гистологических исследований операционного материала изучены морфологические варианты туберкулем. Анатомические типы туберкулем легких определялись в соответствии с предложенной классификацией М. М. Авербаха [1]. Среди больных мужчин было 213 (70,5%), женщин – 89 (29,5%). Преобладали лица среднего (53,3%) и молодого (31,1%) возраста, больные пожилого возраста (60 лет и старше) составили 15,6%.

Результаты и обсуждение. На основе изучения вариантов развития типов туберкулем у 302 больных нами разработано клинко-морфологическое обоснование тактики лечения на принципе дифференцированного подхода к прогнозированию исходных форм развития и особенностей клинических проявлений туберкулем.

В определении тактики лечения больных основными критериями являлись не только размеры сформировавшейся туберкулемы, наличие в ней деструкции, но и, прежде всего, особенности вариантов формирования туберкулем. Туберкулемы, сформированные из инфильтративного, диссеминированного и кавернозного туберкулеза, в силу своеобразия морфологической структуры казеозной массы становились более активными, сравнительно часто прогрессирующими и нередко подвергались на фоне

лечения расплавлению с образованием каверны и очагов туберкулезного обсеменения.

На основании наблюдений за особенностями вариантов развития и клинического течения типов туберкулем легких у больных впервые в практической медицине разработано и применено клинко-морфологическое обоснование показаний к хирургическому лечению:

1. Туберкулемы (гомогенного типа и типа заполненных каверн), образующиеся из инфильтративного, диссеминированного, кавернозного туберкулеза по морфологическим особенностям, нередко становятся причиной прогрессирования туберкулезного процесса с высокой частотой развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, что существенно снижает вероятность излечения их консервативными средствами и диктует необходимость применения раннего хирургического лечения по абсолютным показаниям независимо от размера и активности туберкулем.

2. Туберкулемы (слоистого и инфильтративно-пневмонического типов), формирующиеся из очагового туберкулеза и округлого пневмонического фокуса по характеру анатомического строения, могут находиться в течение продолжительного времени без прогрессирования туберкулезного процесса и развития лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. В случаях формирования туберкулем из очагового туберкулеза и округлого пневмонического фокуса абсолютными показаниями к хирургическому лечению являются туберкулемы крупного и среднего размеров с распадом. Относительными показаниями считаются туберкулемы малого и среднего размеров без распада.

Внедрение в практическую медицинскую тактику клинко-морфологического обоснования показаний туберкулем легких к хирургическому лечению требовало проведения организационных мероприятий, определяющих очередность госпитализации больных в хирургическое отделение. В зависимости от особенностей вариантов формирования туберкулем, интенсивности и продолжительности проводимой химиотерапии больных, нуждающихся в хирургическом лечении следует разделить на две категории:

Первая категория – это больные с впервые выявленным туберкулезом, у которых туберкулемы легких формируются в результате противотуберкулезного лечения. Они направляются в хирургическое отделение после курса

химиотерапии и определения показаний к оперативному вмешательству. Исключение могут составить больные с легочным кровотечением или кровахарканием, когда возникает необходимость предпринимать хирургические вмешательства по жизненным показаниям.

Вторая категория – это больные, выявленные со сформировавшимися туберкулемами легких при отсутствии признаков активного туберкулеза, могут быть направлены в хирургическое отделение сразу после выявления заболевания.

Предлагаемая тактика лечения больных позволяет планировать операцию в максимально короткий срок после выявления болезни. При этом хирургическое вмешательство применяется своевременно, в плановом порядке, а не тогда, когда исчерпаны все возможности противотуберкулезной терапии и наступило значительное снижение компенсаторных и функциональных возможностей организма больного.

Следует заметить, что активное выявление больных решалось не только профилактическими организационными мероприятиями, но и возможностью определения особенностей вариантов формирования и прогнозирования клинического течения типов туберкулем легких. Наиболее подробное изучение и описание особенностей клинко-морфологических проявлений различных типов туберкулем позволили нам разработать принципы выявления и отбора больных для хирургического лечения:

1. Впервые выявленные больные с формированием туберкулем легких при отсутствии клинко-рентгенологических признаков активного туберкулезного процесса могут быть направлены на хирургическое лечение без предшествующей противотуберкулезной терапии. В большинстве (79,5±2,8%; $p<0,01$) случаев этот контингент больных составляют лица со слоистыми и инфильтративно-пневмоническими типами туберкулем, сопровождающимися преимущественно продуктивным течением туберкулеза.

2. Больные с инфильтративными, диссеминированными и кавернозными формами туберкулеза должны учитываться хирургами и фтизиатрами как контингент лиц с наиболее вероятным источником развития туберкулем гомогенного типа и типа заполненных каверн. У этих групп больных хирургическая консультация должна проводиться планомерно на этапах проводимой интенсивной химиотерапии с учетом

распространенности и течения специфического процесса. Первая консультация хирурга проводится в течение первых месяцев выявления туберкулеза, где совместно с участковым фтизиатром планируется тактика лечения больных. Повторную консультацию хирурга следует проводить на 3-й или 4-й месяцы интенсивной фазы химиотерапии, поскольку больше всего в эти сроки лечения у больных формируются туберкулемы.

Таким образом, разработаны критерии отбора больных к хирургическому лечению с учетом клинко-морфологических условий развития типов туберкулем. Данные критерии требовали не только проведения организационных мероприятий, определяющих очеред-

ность госпитализации пациентов в хирургическое отделение, но и позволяли своевременно применять хирургическое вмешательство в плановом порядке, а не тогда, когда исчерпаны все возможности противотуберкулезной терапии.

Литература

1. Авербах М.М. Туберкулемы легкого / М.М. Авербах. – М.: Медицина, 1969. – 334 с.
2. Авербах М.М. Pulmonary tuberculomas / М.М. Авербах. – М.: Meditsina, 1969. 334 p.
3. Валиев Р.Ш. Особенности течения и эффективность лечения различных вариантов деструктивного туберкулеза легких в современных социально-экономических условиях: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / Р.Ш. Валиев. – М., 2000. – 36 с.
4. Valiev R.Sh. Clinical course features and treatment efficacy of various types of destructive

pulmonary tuberculosis in current socioeconomic conditions: abstract of a thesis... Dr.Med.Sc. / R.Sh. Valiev. M.- 2000. – 36 p.

3. Дорошенкова А.Е. Эффективность различных режимов химиотерапии и показатель нуждаемости в хирургическом лечении больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких / А.Е. Дорошенкова, Т.С. Матвеев, Т.В. Шаповалова // Пробл. туберкулеза. – 1990. – № 4. – С. 38 – 42.

Doroshenkova A.E. Efficacy of different chemotherapy regimes and the needs for surgery in patients with newly diagnosed destructive pulmonary tuberculosis / A.E. Doroshenkova, T.V. Matviakina, T.V. Shapovalova // Probl. Tuberk. – 1990. – № 4. – P.38-42.

4. Перельман М.И. Необходимы ли предоперационная химиотерапия при туберкулемах легких? / М.И. Перельман, И.В. Кравцова // Пробл. туберкулеза. – 1989. – № 11. – С. 19 – 21.

Perelman M.I. Kravtsova I.V. Is preoperative chemotherapy necessary in pulmonary tuberculomas? / M.I. Perelman, I.V. Kravtsova // Probl. Tuberk. – 1989. – № 11. – P.19-21.

Р.Р. Байрамов, П.И. Никитин, В.С. Панунцев, К.Ю. Орлов ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМИ АРТЕРИОВЕНОЗНЫМИ МАЛЬФОРМАЦИЯМИ

УДК 612.06:612.87 (571.56)

Отсутствие единой точки зрения о тактике лечения больных с большими и гигантскими артериовенозными мальформациями способствовало проведению нашего исследования. Применяя принципы поэтапного выключения АВМ из кровообращения на основании ангиоархитектоники, пользуясь возможностями на сегодняшний день современными технологиями, нам удалось повысить радикальность операции за меньшее число этапов и увеличить хорошие результаты у больных с АВМ IV-V градации по Spetzler-Martin.

Ключевые слова: артериовенозные мальформации, Spetzler-Martin IV-V, ангиоархитектоника, рацемозное, фистулезно-рацемозное, ONYX, гистаакрил, радикальность, инвалидизация, отдаленный послеоперационный период.

Our investigation was influenced by the absence of common view on endovascular treatment tactics of patients with large and giant cerebral arteriovascular malformations. Using principles of staged AVM obliteration based on angioarchitectonics and modern technological advances, we managed to increase surgical efficacy by less number of stages and to increase good results in patients with AVM of IV-V grades according to Spetzler-Martin.

Keywords: arteriovenous malformation, Spetzler-Martin IV-V, angioarchitectonics, racemose, fistula – racemose, ONYX, histoacryl, surgical efficacy, invalidity, long-term postsurgical follow-up.

Актуальность. Артериовенозные мальформации (АВМ) проявляются в 0,06-0,11% наблюдений среди сосудистых заболеваний головного мозга. Диагностические возможности определяют частоту распространения заболевания [1]. Большие и гигантские АВМ составляют от 16 до 35%. Они проявляются внутримозговыми кровоизлияниями (52-71%), эпилептическими припадками (23-40%), головными болями и преходящими ишемическими атаками [2,12]. Летальность и грубая инвалидизация, обусловленная большими и гигантскими АВМ, составляют

1 и 1,5% соответственно. В связи с повышением риска повторных кровоизлияний, основной целью хирургического лечения является выключение АВМ из кровотока [9,10, 12, 14].

Большинство представленных классификаций АВМ можно разделить на 3 категории, учитывающие морфологические характеристики, особенности гемодинамики и параметры, важные для хирургического лечения церебральных АВМ. Ю.А. Медведев, Д.Е. Мацко (1993) описывают ангиоматозные (кавернозные, промежуточные, рацемозные, смешанные, сочетанные), неангиоматозные (варикоз, фистулы и соустья, персистирующие эмбриональные сосуды) и неклассифицируемые пороки развития.

В классификации Hassler (1986) отражается характеристика кровотока приводящих сосудов АВМ, по которой выделяются 4 группы: главные, второ-

степенные, частичные, а также сосуды с «нормальными» показателями кровотока по данным транскраниальной доплерографии (ТКДГ), без учета объема и локализации АВМ.

Предложенная А. Pasqualin (1991) классификация учитывает объем и локализацию АВМ, тип афферентных сосудов, характер дренирования и линейную скорость кровотока в приводящих сосудах по ангио- и ТКДГ критериям, без учета морфологических данных.

Критериями, определяющими хирургическую тактику, являются локализация, объем и характер кровоснабжения. Одной из классификаций, учитывающей диаметр, отношение к функционально значимым зонам, характер венозного дренирования, является опубликованная в 1986г. R.F. Spetzler N.A. Martin, по которой АВМ распределяют на 5 групп.

Данные МР/СКТ-ангиографии, се-

ФГУ Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л.Поленова (Санкт-Петербург): **БАЙРАМОВ Рафаэль Рафикович** – аспирант, br_surgeon@mail.ru, **НИКИТИН Павел Иванович** – д.м.н., вед. н.с., **ПАНУНЦЕВ Владимир Согинович** – д.м.н., проф., **ОРЛОВ Кирилл Юрьевич** – к.м.н., с.н.с.