



Рис.2. Анатомические особенности внепеченочных желчных протоков. Короткий левый печеночный желчный проток и широкая бифуркация

мические особенности (топография и сравнительно большая длина) левого печеночного протока представляются более выгодными для проведения реконструктивных операций в этой области, наложения желчно-кишечного анастомоза. Это согласуется с исследованиями зарубежных авторов, которые при стриктурах II, III и IV типов рекомендуют продольное рассечение левого долевого протока для увеличения ширины желчно-кишечного анастомоза [7]. А при коротком левом печеночном протоке для формирования достаточно широкого анастомоза рассечение протока можно продолжить на область бифуркации (рис.2).

Общий печеночный проток формировался внепеченочно в 98% случа-

ев слиянием правого и левого печеночных протоков. Длина его до впадения пузырного протока варьировала от 1 до 5 см. В 74% случаев длина общего печеночного протока была больше 3 см, что имеет важное значение при оперативных вмешательствах в этой области.

Выводы. По данным нашего исследования, в большинстве случаев (98%) бифуркация и долевыми печеночными желчными протоками располагаются вне ткани печени с преобладанием длины левого печеночного желчного протока, что позволяет проводить реконструктивные операции при повреждениях и стриктурах внепеченочных желчных протоков.

Литература

1. Гальперин Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. – М.: Медицина, 1988. – 271 с.
2. Galperin E. Bile duct diseases after cholecystectomy/ E.Galperin, N.Volkova – Moscow: Medicine, 1988. – 271.
3. Копосова С.А. Клинико-анатомические особенности топографии желчных протоков у новорожденных, детей и подростков: автореф.дисс. ... канд.мед.наук / С.А. Копосова. – СПб., 2009. – 20 с.

Koposova S. Clinico-anatomic peculiarities of newborn, children and adolescents bile ducts topography: Dissertation abstract. / S.Koposova – SPb., 2009. – 20.

3. Кузовлев Н.Ф. Рубцовая стриктура печеночных протоков. Прецизионный желчно-кишечный анастомоз / Н.Ф. Кузовлев // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т.1. – С. 108-114.

Kuzovlev N. Bile ducts scarry stricture. Meticulous biliary-digestive anastomoses / N.Kuzovlev // Annals of surgical hepatology. – 1996. – Vol.1.; p.108-114.

4. Мовчун А.А. Причины, лечение и профилактика рубцовых стриктур и свищей желчных протоков / А.А. Мовчун, А.Д. Тимошин, Н.П. Ратникова // Анналы РНЦХ РАМН. – 2000. – №9. – С.53-59.

Movchun A. The causes, treatment and preventive measures from scarry strictures and bile ducts fistula/ A.Movchun, A. Timoshin, N.Ratnikova // Annals of Russian Research Center for Surgery Russian Academy of Medical Science. – 2000. – №9; p.53-59.

5. Федоров И.В. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / И.В. Федоров. – М.: Медицина, 2003.

Fedorov I. Bile ducts injures during laparoscopic cholecystectomy / I.Fedorov – Moscow.: Medicine, 2003.

6. Чернышев В.Н. Повреждения и рубцовые сужения желчных протоков / В.Н. Чернышев, В.Е. Романов. – Самара, 2001.

Chernyshev V. Injures and scarry stricture of bile ducts / V.Chernyshev, V.Romanov. – Samara, 2001.

7. Bismuth H. Biliary strictures: classification based on principles of surgical treatment / H. Bismuth, P. Majno // World J. Surg. – 2001. – V.25. – N.10. – P. 1241-1244

И.И. Винокуров

ОСОБЕННОСТИ МОРФОГЕНЕЗА ТУБЕРКУЛЕМ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ПРИШЛОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

УДК 616.24-002.592(1-17)

Изучены особенности вариантов морфогенеза типов туберкулем за последние десять (1997-2007 гг.) лет у 125 больных пришлого населения Крайнего Севера. Установлено, что у больных пришлого населения морфогенез туберкулем начинается чаще с развития специфических изменений лимфогематогенного ($72,9 \pm 3,2\%$; $p < 0,01$) туберкулеза. При этом туберкулезные изменения в легких развивались на фоне неизменной легочной ткани. Формирование туберкулем у больных пришлого населения не сопровождается развитием выраженного фиброза легочной ткани. Эти особенности формирования туберкулем обусловлены преобладанием в воспалительных изменениях туберкулеза процессов заживления и восстановления эпителиального слоя альвеол, что способствовало более полному восстановлению структуры паренхимы легкого.

Ключевые слова: морфогенез, клиника, туберкулема легких, регион Крайнего Севера.

For a decade (1997-2007), morphogenesis features of different types of tuberculomas were studied in 125 non-aboriginal patients living in the environmental conditions of the Extreme North. The study showed that morphogenesis of tuberculoma in non-aboriginal patients started more often as a result of specific alterations following lymphohematogenous tuberculosis ($72.9 \pm 3.2\%$; $p < 0.01$). Interestingly, tuberculous alterations in the lungs developed amid unaltered lung tissue. As a rule, formation of tuberculomas in patients from non-aboriginal population is not associated with the development of marked fibrosis of lung tissue. These distinctive features of tuberculoma formation were determined by predominance of the processes of healing and alveolar epithelium renewal over inflammatory changes, thanks to which a better repair of the structure of lung parenchyma could be attained in the end.

Keywords: morphogenesis, clinical course, pulmonary tuberculoma, Extreme North.

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

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

туберкулем в каждом конкретном случае. При этом разные варианты патогенеза туберкулем остаются сложной и недостаточно изученной формой легочного туберкулеза. В частности, до настоящего времени не определено влияние изменений эпидемической ситуации и особенностей течения туберкулеза на варианты морфогенеза типов туберкулем легких [1].

С момента издания классического научного труда профессора М. М. Авербаха (1969) прошло более сорока лет и работы, посвященные фундаментальным исследованиям туберкулем легких, встречаются в литературе редко [5]. Эти обстоятельства, а также вышеизложенные причины явились одним из поводов изучения особенностей патогенетических вариантов развития туберкулем в природно-климатических и социально-эпидемических условиях региона Крайнего Севера, что, несомненно, становится актуальной проблемой во фтизиатрии, имеющей значение для разработки новых подходов тактике лечения больных.

Цель исследования – изучение особенностей морфогенеза типов туберкулем легких у больных пришлого населения в условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы. С помощью динамического клинко-рентгенологического исследования и морфологической верификации удаленных казеозных очагов изучены у 125 больных пришлого населения Крайнего Севера за последние десять лет (1997-2007 гг.) особенности морфогенеза типов туберкулем. Среди больных мужчин было 90 (72,0%), женщин – 35 (28,0%). Преобладали лица среднего (62,0%) и молодого (34,0%) возраста.

Результаты исследования и их обсуждение. У 125 больных пришлого населения в результате хирургического вмешательства были резецированы 177 казеозных очагов. Установлено, что из 125 у 108 (86,4±3,1%; $p < 0,01$) больных туберкулемы легких формировались из туберкулезного инфильтрата, занимающего зачастую всю долю легкого. При этом воспалительный процесс имел преимущественно экссудативный характер с тенденцией к прогрессированию. Вместе с тем у больных пришлого населения экссудативное течение туберкулеза сравнительно быстро переходило в продуктивное воспаление с восстановлением анатомической и функциональной структуры легочной ткани, что способствовало образованию туберкулем без выраженного фиброза.

Влияние генеза туберкулеза на варианты морфогенеза туберкулем легких у больных пришлого населения Крайнего Севера

Морфогенез туберкулем	Количество очагов	Генез туберкулеза					
		лимфогенный		гематогенный		лимфогематогенный	
	абс.	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Из очага	17	7	41,2±1,3*	-	-	10	58,8±1,9
Из инфильтрата	158	10	6,3±0,6	29	18,4±1,1	119	75,3±2,1*
Из каверны	2	2	100,0	-	-	-	-
Всего	177	19	10,7±1,1	29	16,4±2,2	129	72,9±3,2

*Различия достоверны ($p < 0,05$) между вариантами морфогенеза.

Клинико-морфологическими исследованиями установлено, что у 119 (75,3%) больных пришлого населения морфогенез туберкулем гомогенного типа происходит за счет рассасывания, инкапсуляции и уплотнения инфильтрата лимфогематогенного туберкулеза (таблица).

У больных морфогенезу туберкулем гомогенного типа предшествовали вновь появившиеся на фоне непораженного легкого «свежие» туберкулезные инфильтраты сливного характера. Инфильтраты были преимущественно (95,2 ± 3,2%; $p < 0,001$) двусторонними, множественными и располагались в верхних отделах легких. По мере нарастания воспалительного процесса на месте мелких инфильтратов появлялись обширные специфические изменения с очагами творожистого некроза. Образование туберкулем происходило в результате развития рассасывания инфильтрации и восстановительного процесса вокруг творожистого некроза. У больных туберкулемы гомогенного типа формировались в большинстве (75,2 ± 2,9; $p < 0,01$) случаев без выраженного фиброза легочной ткани и плевры.

Морфологические исследования показали, что у 112 (89,6 ± 3,2%; $p < 0,001$) больных формирование туберкулем сопровождалось преобладанием процессов заживления и возобновления эпителиального слоя альвеол за счет снижения явлений некролиза, отека и экссудаций фибрина в фокусах туберкулезного воспаления, способствующих полному восстановлению структуры паренхимы легкого.

Таким образом, у больных пришлого населения Крайнего Севера морфогенез туберкулем гомогенного типа начинается чаще с развития обширного инфильтрата лимфогематогенного туберкулеза. При этом специфические изменения в легких развивались на фоне неизменной легочной ткани. Формирование туберкулем у больных пришлого населения не сопровождается развитием выраженного фиброза легочной ткани. Эти особенности формирования туберкулем обусловлены

преобладанием в воспалительных изменениях туберкулеза процессов заживления и восстановления эпителиального слоя альвеол, что способствовало более полному восстановлению структуры паренхимы легкого.

Клинические исследования показали, что у пришлого населения морфогенез слоистого типа туберкулем легких у 10 (58,8%) больных начинался с лимфогематогенного распространения туберкулеза. Свежие очаги диссеминации появлялись на фоне непораженной легочной ткани и располагались в основном (70,0±3,5%; $p < 0,01$) в верхних и средних долях легкого.

Следует заметить, что морфогенез туберкулем слоистого типа у больных пришлого населения в большинстве (60,0±2,5%; $p < 0,01$) случаев начинался с периодических обострений специфического процесса вокруг «свежих» конгломератных очагов. С появлением инфильтративно-пневмонического воспаления вокруг мелких конгломератов очагов последние постепенно подвергаются творожистому некрозу и превращаются в инкапсулированный казеозно-пневмонический фокус. В дальнейшем по мере рассасывания перифокальной экссудации происходила инкапсуляция каждого из очагов, объединяя их общей капсулой. Вокруг инкапсулированного казеозно-пневмонического фокуса происходит концентрический рост туберкулемы в результате периодических волн перифокального некроза, сменяющегося периодами инкапсуляции. В последующем как исход периодических всплесков обострения туберкулеза и аппозиционного роста вокруг инкапсулированного казеозно-пневмонического фокуса сформировалась слоистая структура туберкулемы.

Следует сказать, что у всех наблюдаемых больных не были отмечены поражения бронхопульмональных лимфатических узлов и окружающей ткани корня легкого. Формирование туберкулем не сопровождалось развитием фиброзных изменений легочной ткани и плевры. При этом у больных пришлого населения Крайнего Севера

процесс формирования туберкулем слоистого типа из туберкулезного очага протекал на 1,5-2 месяца продолжительнее, чем у коренного.

Таким образом, особенности клинико-морфологических условий развития казеозных очагов стали основой детального изучения наиболее часто встречающихся схем морфогенеза типов туберкулем легких у больных, проживающих в экстремальных природно-климатических и социальных условиях Крайнего Севера. Определение особенностей морфогенеза и клинического течения типов туберкулем легких позволяет обосновать и разра-

ботать индивидуализированную схему химиотерапии и тактику хирургического лечения больных.

Литература

1. Авербах М.М. Туберкуломы легкого / М.М. Авербах. – М.: Медицина, 1969. – 334 с.
2. Анастасьев В.С. О лечении больных с туберкулемами легких / В.С. Анастасьев // Клиническая медицина. – 1981. – № 8. – С. 32 – 36.
3. Анастасьев В.С. On treatment of patients with lung tuberculomas / B.S. Anastas'ev // Klin. Med. – 1981. – 8. – p.32-36.
4. Башарин К.Г. Итоги изучения патоморфоза туберкулеза легких в Якутии / К.Г. Башарин // Пробл. туберкулеза. – 2003. – № 3. – С. 40 – 41.
5. Башарин К.Г. Final results of the study of pulmonary tuberculosis pathomorphosis in Yakutia / K.G. Basharin // Probl. Tuberkuleza. – 2003. – 3. – p.40-41.
6. Богущ Л.К. Surgical treatment of pulmonary caseoma / L.K. Bogush, A.V. Dubrovskii. – Tbilisi 1976. – 257 p.
7. Богущ Л.К. Хирургическое лечение казеомы легкого / Л.К. Богущ, А.В. Дубровский. – Тбилиси 1976. – 257 с.
8. Казак Т.И. Патоморфоз туберкулем по данным резекций легкого / Т.И. Казак, М.Л. Шулуто // VI съезд врачей-фтизиатров. – М., 2003. – С. 96 – 98.
9. Kазак Т.И. Pathomorphosis of tuberculomas based on data from lung resections / T.I. Kazak, M.L. Shulutko // The 6th congress of phthisiatricians. – M., 2003. – p. 96-98.

И.Н. Секов, Е.А. Иготти, Д.Н. Афанасьева НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ В ПРОЦЕССЕ БЕТА-СТИМУЛИРУЮЩЕГО БИОУПРАВЛЕНИЯ

УДК 159.9.072

Статья посвящена анализу клинических и электроэнцефалографических эффектов ЭЭГ бета-тренинга при лечении детей с синдромом дефицита внимания.

Представлены результаты нейропсихологического обследования по методу А.Р.Лурья детей с диагнозом «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) в процессе реабилитационного курса ЭЭГ бета-тренинга. Анализ результатов позволяет говорить, что у большинства детей с СДВГ первичной причиной возникновения характерного симптомокомплекса является дисфункция подкорково-стволовых структур головного мозга, однако есть дети с четкими симптомами СДВГ, но без признаков нарушения субкортикальных структур.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, биологическая обратная связь, нейропсихологические тесты.

The article is dedicated to analysis of clinical and electroencephalographic results of EEG-based beta-training in the Attention Deficit Disorder treatment.

Results of neuropsychological inspection on A.R. Lurija's method of children with the diagnosis «Attention Deficit Disorder/Hyperactivity» (ADHD) before and after EEG-based beta-training rehabilitation course are presented. The analysis of results allows to say that at the majority of children with ADHD syndrome the primary reason of occurrence of characteristic symptoms is dysfunction of subcortical structures of brain.

Keywords: attention deficit syndrome (ADHD), neurobiofeedback, neuropsychological tests.

Введение. Сложная демографическая ситуация, сложившаяся в настоящее время в России, усугубляется ухудшением состояния физического и психического здоровья детей всех возрастов – от младенцев до подростков. Особую тревогу вызывает увеличение распространенности перинатальной патологии и родовых травм, которые неизбежно оказывают негативное влияние на развитие нервной системы. Нормально протекающая беременность и роды, прошедшие без патологии, становятся исключением из правил. Это приводит к повышению распространенности отклонений морфофункционального развития всех отделов нервной системы. В большей

степени при этом страдают отделы, чей сензитивный период развития приходится на перинатальный и ранний постнатальный периоды, т.е. подкорково-стволовые структуры головного мозга.

Дисфункции этих отделов не только сами по себе специфическим образом сказываются на ходе психического онтогенеза, но и приводят в дальнейшем к модификации созревания коры головного мозга и, следовательно, последующего развития высших психических функций.

Одной из дисфункций вышеуказанных структур является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), которой с 1987 г. рассматривается как самостоятельная нозологическая единица. Частота СДВГ варьирует, по данным разных авторов, от 5 до 20 % у детей в общей популяции (Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю., 1993; Кучма В.Г., Платонова А.Г., 1997; Михайличенко Н.В., 2001), причем среди мальчиков данный син-

дром встречается в 2-3 раза чаще, чем среди девочек (Тржесоголава З., 1986; Брызгунов И.Г., 1994). За рубежом распространенность СДВГ составляет 2-20 % (Hensen C.R., Cohen D.J., 1984; Augusst G.J., Brasvvell L., Thuras P., 1998). Неоднозначно отношение психологов и врачей к проблеме СДВГ, ряд исследователей отрицают существование такого диагноза, в то же время, согласно данным Американской ассоциации психиатров, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью страдают около 5% детей школьного возраста (Dixit S.P., Pandey M.N., Dubey G.P., 2002) [1,4,10].

Наличие СДВГ является фактором риска школьной дезадаптации, нарушения детско-родительских отношений, а также доказано, что дети с СДВГ предрасположены к возникновению аддиктивных расстройств (алкоголизм, наркомания, асоциальное поведение и др.) [1].

Поэтому для более четкого представления этапов синдрообразования

СЕКОВ Иван Николаевич – н.с. ЯНЦ КМП СО РАМН, ivansekov@gmail.com; **ИГОТТИ Елена Алексеевна** – зав. отделением №1 Якутского республиканского наркологического диспансера; **АФАНАСЬЕВА Дария Николаевна** – врач-невролог отделения восстановительного лечения филиала поликлиники №1 г. Якутска.