

7. Марищук В. Л., Блудов Ю. М., Плахтиенко В. А., Серова Л. К. Методики психодиагностики в спорте. – М.: Просвящение, 1990. – 256 с.

8. Pokrovskii V. M. Alternative view on the mechanism of cardiac rhythmogenesis // Heart, Lung and Circulation. – 2003. – Vol. 12 (1). – P. 18–24. DOI:10.1046/j.1444-2892.2003.00192.x

9. Покровский В. М. Сердечно-дыхательный синхронизм в оценке регуляторно-адаптивных возможностей организма. – Краснодар, 2009. – 243 с.

10. Покровский В. М., Пономарев В. В., Артюшков В. В., Фомина Е. В., Гриценко С. Ф., Полищук С. В. Система для определения сердечно-дыхательного синхронизма у человека. Патент № 86860 от 20 сентября 2009 года.

11. Покровский В. М., Абушкевич В. Г. Проба сердечно-дыхательного синхронизма – метод оценки регуляторно-адаптивного статуса в клинике // Кубанский научный медицинский вестник. – 2005. – № 7–8. – С. 98–103.

12. Покровский В. М., Мингалев А. Н. Регуляторно-адаптивный статус в оценке стрессоустойчивости человека // Физиология человека. – 2012. – Т. 38. – № 1. – С. 63–66.

13. Садыкова М. Ш., Зигизмунд В. А., Моисеева О. М., Файзиева Ф. Т. Функциональное состояние гипофизарно-яичниковой и тиреоидной систем в динамике менструального цикла // Акушерство и гинекология. 1987. – № 3. – С. 36–39.

14. Стебляно Ю. В. Роль и значение защитных механизмов в процессе стрессоустойчивости // Мир современной нау-

ки. – 2011. – № 3. – С. 1–4.

15. Филимонов В. И. Физиологические основы психофизиологии. – М., 2003. – 320 с.

16. Шаренкова Л. А. Состояние сердечно-сосудистой системы студентов технического вуза в процессе обучения на первом и втором курсах // Л.А. Шаренкова, А.Б. Гудков, В. М. Голубева // Экология человека. – 2002. – № 3. – С. 17–20.

17. Шац И. К. Психологический стресс в педагогической среде: технологии, позволяющие сохранить физическое здоровье // Вестник ЛГУ им. А. С.Пушкина. – 2015. – № 2. – С.15–24.

18. Щипков В. А. Оценка динамики регуляторно-адаптивных возможностей женского организма на протяжении менструального цикла // Кубанский научный медицинский вестник. – 2005. – № 3–4. – С. 143–148.

19. Case A. M., Reid R. L. Menstrual cycle effects on common medical conditions // Compr Ther. Spring: – 2001. – Vol.1. – № 27. – P. 65–71.

20. Pokrovskii V. M. Integration of the heart rhythmogenesis levels: heart rhythm generator in the brain // J. Integrative Neuroscience. – 2005. – Vol. 4, № 2. – P. 161–168.

21. Pokrovskii V. M., Polischuk L. V. Cardio-respiratory synchronism in the evaluation of the regulatory-adaptive status of the organism // J. Integrative Neuroscience. – 2016. – Vol. 15. – № 1. – P. 19–35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1142/S0219635216500060>

Поступила 02.02.2017

З. Ю. ХУРУМ¹, М. И. КУЛБУЖЕВА², А. А. КОНЧАКОВА²

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

¹Муниципальное бюджетное учреждение здравоохранения Краснодарская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Краснодар

Россия, 350035, г. Краснодар, ул. 40 лет Победы, 14; тел: 8 (918) 471-3707. E-mail: zarema_hur@mail.ru

²Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России. Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. E-mail: kulbuzhevamakka@yandex.ru

Изучены клинико-эпидемиологические особенности течения и летальные случаи больных с циррозами печени различной этиологии вследствие кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП). Проведен скрининговый анализ 310 карт стационарного наблюдения больных с циррозом печени различной этиологии и ретроспективный анализ 37 историй болезни больных, умерших вследствие кровотечения из ВРВП, находившихся на стационарном лечении в 2015 и 2016 годах в МБУЗ КГК БСМП «Больница скорой медицинской помощи». Выявлены группа риска при ВРВП по полу, возрасту, наибольшая степень ВРВП при кровотечении, этиология цирроза печени при кровотечении и показания для экстренной хирургической помощи.

Ключевые слова: цирроз печени, кровотечение из варикозно -расширенных вен пищевода.

Z. Y. KHURUM¹, M. I. KULBUZHEVA², A. A. KONCHAKOVA²

BLEEDING FROM THE VARICOSE-EXPANDED VEINS OF A GULLET AT A CIRRHOSIS OF A LIVER

¹Municipal budgetary establishment of public health services the Krasnodar city clinical hospital of the first help, Krasnodar Russia, 350035, Krasnodar, street 40 years of the Victory, 14. E-mail: zarema_hur@mail.ru,

²Department infectious diseases and epidemiology the Kuban state medical university, Krasnodar Russia, 350063, Krasnodar, street the Gray hair, 4; tel: 8 (918) 471-3707. E-mail: kulbuzhevamakka@yandex.ru

Studied clinical – epidemiological features of current and the analysis of lethal cases at patients with cirrhoses of a liver various aetiologies owing to bleedings from varicose -the expanded veins of a gullet (VEVG) are studied. It is lead skirning the analysis of 310 cards of stationary supervision of patients with a cirrhoses of a liver various aetiologies and the retrospective analysis of 37 case records of patients died owing to a bleeding from VEVG, was on hospitalization in 2015 and 2016 in MBUZ KGK BSMP «Hospital of the first help». The group of risk is revealed at VEVG on a floor, age; the greatest degree VEVG at a bleeding, aetiologies a cirrhosis of a liver at a bleeding and indications for the emergency surgical help.

Keywords: a cirrhosis of a liver, a bleeding from varicose the-expand ed veins of a gullet.

Цирроз печени – хроническое заболевание, характеризующееся нарушением структуры печени за счет разрастания соединительной ткани и патологической регенерации паренхимы, проявляющееся выраженными признаками недостаточности многочисленных функций печени и портальной гипертензией. Наиболее частыми причинами цирроза печени у взрослых являются хронический алкоголизм и вирусные гепатиты. Развитие цирроза печени может быть обусловлено приемом некоторых лекарственных средств (метотрексата, изониазида и др.), воздействием ряда гепатотоксичных средств, реже они наблюдаются при некоторых наследственных заболеваниях – галактоземии, дефиците бета1-антитрипсина, гепатоцеребрально дистрофии, гемохроматозе и др. Цирроз печени, обусловленный венозным застоем в печени (застойный цирроз печени), наблюдается при длительной сердечной недостаточности, заболевании печеночных вен и нижней полой вены [1].

Цирроз печени (ЦП) в исходе хронического гепатита – одна из основных причин инвалидизации и смертности в экономически развитых странах. В настоящее время ЦП занимает 14-е место среди причин смерти в мире. В глобальном масштабе ЦП является причиной 1,03 млн смертей ежегодно, при этом на страны Европы приходится около 170 тыс. [7], на США – 33,5 тыс. [8]. Большинство подобных исходов обусловлено ЦП вирусной этиологии, несмотря на возрастающее значение алкогольной и жировой болезни печени [4].

В мировой литературе отмечается постепенный рост заболеваемости циррозом печени преимущественно вирусной и смешанной этиологии. Наиболее актуальным хирургическим аспектом является профилактика и лечение осложнений синдрома портальной гипертензии, в том числе кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), как наиболее грозного осложнения, зачастую приводящего к летальному исходу. ВРВП пищевода представляют собой портосистемные коллатерали, которые связывают портальное венозное и системное венозное кровообращение. Они формируются как последовательность развития портальной гипертензии, в основном в подслизистой оболочке нижней части пищевода. В результате портальных кризов давление в сосудах портальной системы повышается в несколько раз, приводя к разрывам стенок варикозных вен в участках с пониженной резистентностью, обуслов-

ленной дистрофическими изменениями, которая является необходимым условием развития кровотечения [6].

Кровотечения из ВРВП у больных циррозом печени отличаются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными последствиями и высокой вероятностью летального исхода [5].

Риск возникновения кровотечения в первые 2 года постановки диагноза составляет 30 %, а летальность при первом пищеводно-желудочном кровотечении достигает 50 % [3]. Часто кровотечение из ВРВ пищевода и желудка является основным, но, как правило, запоздалым показанием к хирургическому лечению синдрома портальной гипертензии при ЦП [2].

Цель работы: изучить клинико-эпидемиологические особенности течения и провести анализ летальных случаев у больных с циррозами печени различной этиологии вследствие кровотечений из ВРВП.

Материалы и методы

Проведен скрининговый анализ 310 карт стационарного наблюдения больных с циррозом печени различной этиологии и ретроспективный анализ 37 историй болезни больных умерших вследствие впервые возникшего кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, находившихся на стационарном лечении в 2015 и 2016 годах в МБУЗ КГК БСМП «Больница скорой медицинской помощи».

Результаты и обсуждение

Через приемное хирургическое отделение поступали все больные с подозрением на желудочно-кишечное кровотечение. В 2015г. поступило 20 больных, в 2016г.-17. В 100 % случаев больные доставлены бригадой скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии. По анамнезу заболевания уточнено, что все больные состояли на диспансерном учете в амбулаторных условиях, периодически получали медикаментозную симптоматическую терапию, направлены в хирургический стационар с первым выявленным эпизодом кровотечения из ВРВП. Среди больных с циррозом печени, госпитализированных с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода в 2015гг. преобладали мужчины (66,0 %), в 2016 г. – 64,7 %

Общий средний возраст всех поступивших за исследуемый период времени составил $55,4 \pm 2,5$ года. Средний возраст мужчин составил $51,7 \pm 2,7$; женщин – $59,1 \pm 4,6$ лет. Количество койко-дней в среднем составило $9,1 \pm 1,9$. Большинство умерших (95,0 %) были жителями города Краснодара, краевые больные составили 5,0 %.

В большинстве случаев осложненное кровотечением из ВРВП течение выявлялось у больных с циррозами печени смешанной этиологии: вирусный С + токсический (55,0 %); причиной кровотечения из ВРВП в 25,0 % случаев был цирроз печени неуточненной этиологии; у 2 (10,0 %) пациентов цирроз печени вирусной этиологии «С»; в единичных случаях кровотечение из ВРВП было обусловлено вследствие декомпенсированного цирроза печени микст-этиологии «В+С» и алиментарно-токсического характера цирроз печени (по 5,0 %, соответственно). Функция печени, оцененная по шкале Child-Pugh, соответствовала II(B) стадии в 35 % случаев, III(C) стадии в 65 % случаев, асцит определялся у 77,3 % больных.

Эндоскопическая классификация варикозного расширения вен пищевода определялась по Paguet (1983г.) Наиболее чаще кровотечение происходили из ВРВП IV степени; однако в шести случаях (16,0 %) кровотечение произошло из варикозно-расширенных вен пищевода II-III степени. Летальный исход в первый день госпитализации наступил у 13 (35,0 %) поступивших в стационар с ВРВП IV степени; на 13-й день лечения скончались 10 больных (27,0 %); пять больных (13,5 %) умерло на 2-ой день госпитализации; на 4-й, 6-й, 8-й, 10-й, 11-й, 21-й, 23-й, 24-й и 25-й дни стационарного лечения умерло по одному (по 2,7 % соответственно) госпитализированных.

Все больные при поступлении в стационар жаловались на слабость и боли в гепатодуоденальной зоне (100,0 %); головные боли беспокоили 18 (49,0 %) госпитализированных; на миалгии и артралгии жаловались 9 (24,0 %) пациентов; повышение температуры тела отмечали 7 (19,0 %) больных; пальпаторно у всех госпитализированных наблюдалась гепатоспленомегалия.

Наиболее частой патологией у больных с геморрагически осложненным циррозом печени были: развившаяся тяжелая постгеморрагическая анемия – у 16 (43,0 %); варикозная болезнь нижних конечностей – у 9 (24,0 %); язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у 7 (19,0 %); другие болезни органов пищеварения, эндокринной и сердечно-сосудистой систем по 5 случаев (по 2,7 %, соответственно). У 6 (16,0 %) в анамнезе была черепно-мозговая травма; в одном случае – спленэктомия в 2009г. Синдром полиорганной недостаточности в виде дыхательной, сердечно-сосудистой, печеночно-почечной недостаточности диагностировалась у 60,0 %; печеночная энцефалопатия – у 35,0 % больных; в единичных случаях развились геморрагический шок 2 степени и

правосторонняя полисегментарная пневмония на фоне застоя в малом кругу кровообращения.

При биохимическом исследовании крови средние показатели общего билирубина были $52,0 \pm 10,9$ мкмоль/л, прямого – $23,5 \pm 6,8$ мкмоль/л.; средние значения АЛТ составили $54,0 \pm 15,8$ Ед/л., АСТ – $93,7 \pm 23,7$ Ед/л., мочевины – $11,8 \pm 2,2$ ммоль/л., креатинина – $143,4 \pm 2,1$ мкмоль/л., альбумин – $30,9 \pm 1,2$ г/л., АЧТВ – $35,3 \pm 3,5$ сек., ПВ – $15,5 \pm 1,0$ сек., МНО – $1,5 \pm 0,1$. В клинической крови средние значения эритроцитов составили $2,4 \pm 0,2 \cdot 10^{12}$ г/л., MCV – $88,7 \pm 2,6$, MCH – $31,9 \pm 1,0$, VCHC – $345,6 \pm 4,1$, гемоглобина – $86,1 \pm 7,3$ г/л., что свидетельствовало о выраженной постгеморрагической анемии; лейкоцитов – $9,2 \pm 1,3 \cdot 10^9$ /л., тромбоцитов – $117,3 \pm 12,9 \cdot 10^9$ /л. У 11 (30,0 %) больных в моче определялась протеинурия в средних значениях $1,1 \pm 0,7$ г/л.

По данным ФГДС, степень активности кровотечения определялась по Forrest (1974): IA степень диагностировалось у 14 (38,0 %) обследованных (из них умерли 13 пациентов в 1 день поступления), в 4 (11,0 %) случаях наблюдалось IB, IIA и IV в единичных случаях (по 2,7 % соответственно); у 5 (13,5,0 %) указывалась III степень. В одном случае больному, умершему в первый день госпитализации, ФГДС не проводилась.

Лечебные мероприятия включали: блокаду кровоточащих вен пищевода с помощью зонда-обтуратора Sengstaken-Blakemore; эндоскопическое лигирование варикозных вен пищевода с помощью лигирующих колец Cook; склерозирование (инъекция склерозантом-3 % тромбоваром в варикозно-расширенные вены) и медикаментозную терапию (возмещение кровопотери – эритроцитарная масса; восполнение факторов коагуляции – свежемороженая плазма; 1 % раствор викасола; снижение антикоагуляционного потенциала и фибринолиза – 5 % раствор эпсилон-аминокапроновой кислоты, контрикал; нейтрализация действия гистамина на проницаемость капилляров (супрастин); профилактика печеночной недостаточности (альбумин, солевые растворы, витамины, концентрированные растворы глюкозы); улучшение реологических свойств крови (реополиглюкин, реоглюман, глюкозо-новокаиновая смесь с тренталом)). А также – антибактериальная, гепатопротекторная, гемотрансфузии одногруппной крови.

Таким образом, при скрининговом исследовании 310 историй болезни с циррозом печени летальность от впервые выявленного кровотечения из ВРВП выявлена у 11,9 % больных; наибольшему риску развития летального исхода подвержены больные мужского пола (66,0 %) со средним возрастом $51,7 \pm 2,7$ года; наиболее чаще кровотечения происходили из ВРВП IV степени по Paguet и в III(C) стадии цирроза по Child-Pugh; однако в шести случаях (16,0 %) кровотечение произошло из варикозно-расширенных вен пищевода II-III по Paguet и в II(B) стадии цирроза по Child-Pugh.

Летальный исход наступал в 35 % случаев в первые сутки госпитализации с IА степенью активности кровотечения по Forrest из ВРВП IV степени по Raguet на фоне синдрома полиорганной недостаточности у 60 % больных несмотря на своевременно проводимую адекватную терапию, что свидетельствует о тяжелом течении данной патологии.

В большинстве случаев течение болезни, осложненное кровотечением из ВРВП, выявлялось у больных с циррозами печени смешанной этиологии: вирусный С + токсический (55,0 %).

Необходимо обращать внимание на значение, контроль и коррекцию параметров свертывания крови для своевременного оказания хирургической помощи, предопределяющей исход данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева М. Г., Городин В. Н., Редько Е. Н., Стриханов С. Н., Моренец Т. М. Вирусные гепатиты: стратегия и тактика терапии, организация медицинской помощи, пособие для врачей. – Краснодар, 2009. – 262с.
2. Авдеева М. Г., Кулбужева М. И., Хурум З. Ю., Маслова Е. А., Кириченко Р. Р., Эзуабая Б. С. Анализ летальных случаев больных с циррозом печени вследствие кровотечения из вен

пищевода// Актуальные вопросы инфекционной патологии юга России. Материалы X Научно-практической конференции ЮФО с международным участием. – Краснодар, 2015. – С. 11–14.

3. Анисимов А. Ю., Богославский В. А., Кузнецов М. В. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени // Казанский медицинский журнал. – 2008. – Т. 89. – № 3. – С. 335–340.

4. Богомолов П. О., Буеверов А. О., Мацеевич М. В., Петраченко М. Ю., Коблов С. В., Кокина К. Ю. Возможности этиотропной терапии вирусного цирроза печени // Инфекционные болезни. – 2014. – Т.12. – № 4. – С. 75-83.

5. Гарбузенко Д. В. Методы прогнозирования риска и мониторинг эффективности терапии кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени // Гастроэнтерология. Гепатология. – 2010. – № 6. – С. 11–20.

6. Ханевич М. Д., Хрупкин В. И., Жерлов Г. К., Челур С. В., Кошевой А. П. Кровотечения из хронических гастродуоденальных язв у больных с внутривеночной портальной гипертензией. – Новосибирск: Наука, 2003. – 198 с.

7. Blachir M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. J Hepatol. – 2013. – Vol.58(3). – P. 593–608.

8. Hoert DL, Xu J. Deaths: preliminary data for 2011. Natl Vital Stat Rep. – 2012. – Vol. 61(6). – P. 1-51.

Поступила 24.01.2017

А. А. ЭЛКАНОВ, Е. А. БРАГИН, А. Е. БРАГИН

ИЗУЧЕНИЕ ОСНОВНЫХ МЕХАНИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОНСТРУКЦИОННЫХ КЕРАМИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ПРОТЕЗОВ В ПРЕДЕЛАХ ОДНОГО ЗУБА (ИСКУССТВЕННЫХ КОРОНОК, ВКЛАДОК, ВИНИРОВ)

Кафедра ортопедической стоматологии Ставропольского государственного медицинского университета, Россия, 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310, тел. 8 (928) 308-96-32. E-mail: aha9107@yandex.ru

Целью данной работы было получение данных прочностных свойств конструкционных керамических материалов, используемых при изготовлении безметалловых конструкций зубных протезов. В качестве метода обработки керамики был выбран метод гидроабразивной резки. Было получено по 10 образцов лейцитной стеклокерамики, гибридной и полевошпатной керамики. Согласно ISO 6872 проведено испытание образцов на прочность по методике трехточечного изгиба. Руководствуясь полученными данными, мы рекомендуем изученные материалы исключительно для изготовления искусственных коронок и микропротезов в пределах протяженности одного зуба, таких как вкладки и виниры.

Ключевые слова: керамические материалы, прочность, безметалловые конструкции, гидроабразивная резка.

А. А. ELKHANOV, E. A. BRAGIN, A. E. BRAGIN

REVIEW OF THE BASIC MECHANICAL PROPERTIES OF STRUCTURAL CERAMIC MATERIALS USED FOR THE MANUFACTURE OF PROSTHESES IN A SINGLE TOOTH (ARTIFICIAL TOOTH CROWNS, INLAYS, VENEERS)

Department of prosthetic dentistry, Stavropol state medical University, Russia, 355017, Stavropol, World str., 310, tel. 8 (928) 308-96-32. E-mail: aha9107@yandex.ru