

**Влияние характера сенсибилизации на иммунный статус больных
хроническими аллергодерматозами**

Сенсибилизация	n	РБТЛ с ФГА, % бластов	Ig, г/л			НСТ-тест	
			А	Г	М	спонтанная реакция	стимуляция вакциной
1. Грибковая (Candida albicans)	31	34,4±2,0	1,8±0,2	14,1±1,4	1,3±0,2	19,2±1,8	38,1±2,6
2. Грибково- бактериальная	50	35,5±1,8	2,6±0,2	16,5±1,0	1,6±0,1	17,0±1,2	37,6±1,8
3. Бактериальная	22	37,5±1,8	2,3±0,9	14,3±1,3	1,0±0,1	18,8±1,3	43,8±2,1
4. Отрицательные кожные тесты	55	45,8±1,7	2,0±0,2	17,0±1,0	1,3±0,2	21,4±1,5	46,6±2,1
5. Контроль	20	57,6±28	1,6±0,7	18,5±6,2	1,4±0,3	12,0±2,4	48,2±0,7
P ₁₋₅		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,001
P ₂₋₅		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,001
P ₃₋₅		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05
P ₄₋₅		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05
P ₁₋₄		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
P ₂₋₄		<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
P ₃₋₄		<0,01	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

ЛИТЕРАТУРА

1. Вискман М.Е., Маянский А.Н. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросинего тетразолия. — Казань, 1979.
2. Гребенников В.А., Коцарь А.Б., Межова Л.И., Матуева В.О. // Вестн. дерматол. и венерол. — 1986. — № 11. — С. 37—41.
3. Зверькова Ф.А. и др. Материалы IV Всесоюзного съезда дерматовенерологов. — Краснодар, 1976. — С. 183—184.
4. Лебедева Т.Н. // Вестн. дерматол. и венерол. — 1982. — № 9. — С. 22—25.
5. Реброва Р.Н. Грибы рода Кандида при заболеваниях негрибковой этиологии. — М., 1989.
6. Скрипкин Ю.К. и др. Аллергические дерматозы. — М., 1975.
7. Студницин А.А. и др. Труды VI Всесоюзного съезда дерматовенерологов. — М., 1976. — С.9—17.
8. Ling N.R., Spicer E. et al. // Brit. Haemat. — 1965. — Vol. 1. — P. 421—431.
9. Mancini G. et al. // Immunodemistri. — 1965. — Vol.2. — P. 235—254.

10. Park B.H. et al. // Lancet. — 1968. — Vol. 2. — P. 532—534.

Поступила 20.05.94.

SENSITIZATION TO FUNGI CANDIDA IN PATIENTS WITH CHRONIC ALLERGODERMATOSES

V. I. Shaikhrazieva, V. Yu. Dyadkin

S u m m a r y

The sensitization is revealed in 55,3% of the patients with neurodermite, in 93,6% — with mycrobial eczema, in 75,0% — with seborrheic eczema, and in 66,7% — with true eczema in skin tests with allergens of staphylococcus, streptococcus and fungi candida performed on 158 patients with chronic allergodermatoses. The oppression of functional activity of the immunity cellular link and neutrophil phagocytosis system in persons with bacterial and fungous sensitization is noted. These changes are the most pronounced in patients with sensitization to fungi candida.

УДК 616.441 — 006.5 — 031.3

К ВОПРОСУ О ЗАГРУДИННЫХ И ВНУТРИГРУДНЫХ ЗОБАХ

В.А. Брунс, Е.В.Круглов, С.А.Плаксин

Кафедра хирургии (зав. — проф. В.А.Брунс) факультета усовершенствования врачей Пермской государственной медицинской академии

Загрудинные и внутригрудные струмы составляют 3—8% в общей структуре медиастинальных опухолей. Интерес к проблеме обусловлен отсутствием четкой и удобной классификации, противоречивостью мнений относительно

понятий загрудинного и внутригрудного зоба и определенными трудностями в диагностике.

Впервые внутригрудной зоб был обнаружен в 1826 г. при вскрытии трупа женщины, умершей от асфиксии. Ее

смерть была вызвана сдавливанием трахеи. К 1896 г. в литературе уже имелись описания 91 случая загрудинного и внутригрудного зоба [8]. Первые попытки систематизировать это заболевание предпринял в 1901 г. Кохер, который выделял тиреоптоз (опущение щитовидной железы за грудину) и загрудинно расположенный зоб добавочной щитовидной железы. В настоящее время насчитывается до 40 различных классификаций данной патологии. Некоторые авторы различают шейно-загрудинные, загрудинно-шейные и внутригрудные локализации [10]. А.Ф. Греджев и соавт. предлагают выделять загрудинный (между дугой аорты и яремной вырезкой) и медиастиальный (в заднем средостении) зобы [5]. Заслуживает внимания классификация Е.А. Валдиной [2], которая различает частично загрудинный, полный загрудинный и внутригрудной зобы.

Таким образом, следует выделять полный внутригрудной зоб, который нельзя выявить при осмотре и пальпации, и частичный загрудинный, поддающийся физикальному исследованию.

Зогрудинная локализация у оперированных по поводу зоба наблюдается в 3,2—8,1% случаев, внутригрудная — в 0,11—1,1% [3, 4, 6, 9]. Возникают такие струмы чаще вследствие смещения увеличенной щитовидной железы в средостение под действием собственного веса, из-за слабости шейных фасций, избыточной ширины грудной апертуры и т. д. (вторичные зобы). Реже их развитие связано с гиперплазией аномально расположенного в средостении участка железистой ткани (первичные зобы).

Больные данной патологией — в большинстве женщины (70—90%) в возрасте от 40 до 60 лет и старше.

В данной работе представлен опыт диагностики и хирургического лечения 42 больных с загрудинными и внутригрудными зобами, леченных в торакальном отделении клиники госпитальной хирургии с 1972 по 1993 г. Большинство из них (28) — женщины. Возраст больных варьировал от 36 до 75 лет, больше половины из них были старше 60 лет. Продолжительность заболевания колебалась от 3 недель до 50 лет (в среднем 4,5 года).

Жалобы большинства пациентов соответствовали клинике синдрома сдавления органов шеи и средостения. Одышка в покое или при физической нагрузке беспокоила 28 больных, затрудненное дыхание — 10, общая слабость — 15, похудание, потливость,

сердцебиение — 13, боли или чувство давления в области сердца или за грудиной — 11, головные боли — 10, кашель — 10, наличие опухоли на шее — 6, затрудненное глотание — 5.

Всем пациентам, поступившим в клинику, проводилась стандартная программа исследований: общеклинические и рентгенологические методы, спирография, электрокардиография, радиосцинтиграфия, определение уровня основного обмена, некоторым — бронхоскопия.

Рентгенологическое исследование включало многоосевую рентгеноскопию с одновременным контрастированием пищевода, обзорную рентгенографию в стандартных проекциях и томографию. Их применение позволило обнаружить образование в средостении у 40 (95,2%) больных. Как правило, оно представляло собой округлую, реже овальную тень однородной структуры с четкими, иногда волнистыми контурами, расширяющую сосудистый пучок. У 3 больных форма тени была полициклической. В 7 случаях наблюдались плотные включения (кальцинаты) в проекции тени. Патогномоничным для зоба симптомом считается смещение образования в средостении при глотании, дыхании, кашле [8], что наблюдалось у 18 пациентов.

Чаще тень зоба располагалась преимущественно справа или срединно, реже — слева. У всех больных она размещалась в пределах верхнего средостения, причем у 4 — заднего, у остальных — переднего.

Весьма характерным является сдавление и/или смещение трахеи или пищевода, которое было выявлено у 36 больных. Отклонение трахеи вправо обнаружено у 15 больных, кпереди — у 7, влево — у 11 и кзади — у 4. У 16 больных (более 1/3) определялось сужение трахеи различной степени. Контрастированный пищевод отклонялся одинаково часто влево (12) и вправо (14), чаще кзади (11), чем кпереди (6). Сужение его было отмечено только у 2 больных.

Бронхоскопия у 2 пациентов применялась для дифференцирования загрудинного зоба и опухоли трахеи. В обоих случаях было обнаружено сужение просвета трахеи, в одном — девиация трахеи и сужение главных бронхов, в другом — сглаживание угла каринны.

Использование спирографии и электрокардиографии имело целью оценку состояния сердечно-сосудистой и респираторной систем для выбора рационального метода обезболивания, под-

готовки к операции и ведения послеоперационного периода. Было проведено 29 общих спирографий — снижение показателей внешнего дыхания отмечено в 24 случаях, в том числе в 7 — вентиляционная недостаточность III степени. ЭКГ-исследование было выполнено всем больным, при этом у 26 (в 1,9%) найдены изменения в виде нарушения ритма, внутрисердечной проводимости, гипертрофии желудочков и предсердий и т. д. Эта часть больных нуждается в тщательной кардиологической оценке.

Большую помощь в диагностике оказала радиосцинтиграфия, выполненная 28 человек. Накопление РФП в ткани загрудинного узла или загрудинной части щитовидной железы определялось у 18 (64,3%) больных, а у 10 — отсутствовало. У 3 пациентов из этих 10 результаты были отрицательными вследствие "блокирования" железы препаратами йода.

У 18 больных был исследован основной обмен. У 8 он оказался повышенным значительно (на 50 — 60%), у 2 — незначительно (15 — 30%).

Описанные методы исследования позволили установить и обосновать правильный диагноз до операции 39 больным; трое были прооперированы с диагнозом "опухоль средостения". 19 пациентов диагностирован полный внутригрудной зоб, у 4 из них он располагался в верхнем этаже заднего средостения. Выраженные симптомы тиреотоксикоза наблюдались у 6 больных, эутиреоидные зобы — у 36.

Лечение загрудинных и внутригрудных струм может быть только оперативным. Показаниями к операции являются высокая вероятность малигнизации зоба (до 15 — 17%) и наличие синдрома сдавления органов шеи и средостения. Подготовка больных к операции осуществлялась совместно с хирургом, анестезиологом и врачами терапевтических специальностей — кардиологом, эндокринологом и др. Учитывались тяжесть основной патологии, характер сопутствующих заболеваний, выраженность тиреотоксикоза и т. д. Все больные были прооперированы под эндотрахеальным наркозом. До настоящего времени обсуждается вопрос об оптимальных доступах к внутригрудному зобу. В нашей клинике в большинстве случаев (27) использовался шейный воротничкообразный разрез по Кохеру с пересечением или разведением передней группы мышц. Этим способом оперировали больных с преимущественно загрудинным зобом. Одна-

ко у 2 больных только шейный разрез не позволил удалить узел из-за его больших размеров, поэтому дополнительно была выполнена частичная продольная стернотомия. Изолированно частичная продольная стернотомия применялась 4 раза, как правило, при расположении основной железистой массы за грудной по средней линии. У 9 больных с полными внутригрудными зобами были использованы чресплевральные (трансторакальные) или комбинированные чресплеврально-шейные доступы. В последнем варианте узел мобилизовали в средостении, а затем через дополнительный шейный разрез, помогая рукой, введенной в грудную полость, выводили его на шею и удаляли. Необходимость в применении такого доступа возникает при повторных операциях, больших размерах узла средостения, многоузловом медиастинальном зобе. В ряде случаев мы прибегали к перфорации средостенного узла с последующим отсасыванием или вычерпыванием содержимого по разработанному в нашей клинике методу. Осложнений, связанных с применением этого метода, не наблюдалось.

На операции чаще обнаруживали гиперплазию правой доли железы (у 18 больных), реже — левой (у 11). В 7 случаях за грудину были опущены обе увеличенные доли, а один зоб исходил из перешейка. У одного больного имелось три узла, происходивших из правой доли, два из которых располагались на шее, а третий, самый большой, — в грудной полости. Еще у одной больной было 2 узла: один загрудинный и второй, огромных размеров, располагался в заднем средостении. По поводу рецидива медиастинального зоба прооперировано 10 больных. Чаще приходилось встречаться с так называемым ложным рецидивом заболевания, когда средостенная часть во время первой операции не выявлялась.

Послеоперационные осложнения возникли у 8 больных, в том числе у 5 — травматический парез возвратного нерва. 3 из этих 5 больных были прооперированы шейным доступом, один — трансторакальным и один — комбинированным чресплеврально-шейным. Во всех случаях в ходе операции возникали значительные технические трудности из-за больших размеров узла, обширных спаек с окружающими тканями и т. д. У одного больного после операции развился тиреотоксический криз, однократно диагностированы пневмония и нагноение послеоперационной раны.

Препараты во всех случаях были срочно гистологически исследованы. Последнее необходимо, так как малигнизация возможна не по всему объему зоба [1]. Наиболее часто встречались коллоидный и узловой зоб, различные типы аденом и их сочетания. Злокачественное перерождение щитовидной железы обнаружено у одного больного.

Стандартная программа обследования больного с подозрением на объемное образование средостения сравнительно проста, и главным ее компонентом являются рентгенологические методы. Однако в нашей клинике не применяются такие исследования, как пневмотиреоидография, пневмомедиастинография, рентгенография и рентгеноскопия в условиях искусственного пневмоторакса и пневмоперитонеума, флебокаваграфия и аортография, активно используемые в некоторых лечебных учреждениях [5, 10]. В первую очередь это связано с их высокой инвазивностью, а также со свойственными им побочными эффектами, что ограничивает их применение. Кроме того, как уже было отмечено, обычными, неинвазивными методами можно достичь очень высокой точности в установлении диагноза. При недостаточной ясной картине заболевания последним диагностическим этапом является операция.

Важным средством диагностики медиастинальных струм служит радиоизотопный анализ. Трудно согласиться с существующим мнением [5, 10] о том, что сканирование не представляет практической ценности. По нашим данным, разрешающая способность этого метода достигает 60% и выше. Изотоп в ткани железы может накапливаться диффузно или реже в виде "горячего узла".

Бронхоскопия, по-видимому, может выявить лишь косвенные признаки объемного образования средостения. Целесообразно ее применение для дифференцирования зоба и опухолей трахеи, а также при подозрении на рак щитовидной железы для исключения или подтверждения его прорастания в трахею и бронхи.

Вопрос об оперативных подходах в настоящее время достаточно хорошо разработан [5, 7, 10, 11]. Трудно отдать предпочтение тому или иному доступу, так как он зависит от преимущественной локализации зоба, опыта хирурга и т. д. Вероятно, следует признать право на существование всех вариантов. Не следует

стараться любой ценой выполнить операцию путем шейного разреза — это ведет к излишней травматизации тканей, повреждению сосудов и нервов (особенно возвратного), неполноценному гемостазу.

ВЫВОДЫ

1. Для надежной диагностики медиастинальных струм достаточно сравнительно небольшого объема исследований, среди которых ведущими являются рентгенологические методы (рентгеноскопия с контрастированием пищевода, рентгенография, томография). Имеются рентгенологические признаки, позволяющие с большой достоверностью отличать зоб от объемного образования средостения другой этиологии [8].
2. Значительную помощь в установлении диагноза оказывает радиоизотопное сканирование, которое особенно ценно при повышении функции щитовидной железы. Разрешающая способность метода превышает 60%.
3. Следует стремиться к наиболее удобному и наименее травматичному хирургическому доступу. При загрудинной локализации струмы — это, как правило, шейный разрез по Кохеру, а при полном внутригрудном зобе торакотомия. Неправильный выбор доступа значительно усложняет операцию и увеличивает частоту послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бирюков В.В., Чарнецкий Р.И., Зайдиев С.З. // Грудн. и серд.-сосуд. хир. — 1990. — № 1. — С. 67—70.
2. Валдина Е.А. // Вестн. хир. — 1962. — № 12. — С. 29.
3. Васютков В.Я. // Грудн. хир. — 1976. — № 5. — С. 82—87.
4. Галеев М.А., Рахматуллин И.Г. // Грудн. хир. — 1983. — № 6. — С. 56—60.
5. Греджев А.Ф., Кравец В.М. // Клини. хир. — 1983. — № 12. — С. 1—4.
6. Колесов В.И., Левин А.О. // Вестн. хир. — 1977. — № 7. — С. 28—34.
7. Малиновский Н.Н., Абдуллаев Г.И. // Хирургия. — 1962. — № 10. — С. 106—110.
8. Петровский Б.В. Хирургия средостения. — М., 1960.
9. Точилин В.И., Судаков М.В. // Пробл. эндокринологии. — 1981. — № 6. — С. 42—43.
10. Туровец И.Г., Степаненко А.П. // Клини. хир. — 1968. — № 1. — С. 1—6.
11. Черенько М.П. // Клини. хир. — 1983. — № 12. — С. 4—6.

Поступила 28.08.95.

ON THE PROBLEM OF SUBSTERNAL AND INTRATHORACIC GOITERS

V.A. Bruns, E.V. Kruglov, S.A. Plaxin

Summary

The twenty-year experience of the surgical treatment of 42 patients with intrathoracic goiters is pre-

sented. Roentgenologic methods are the basis of the examination standard program of patients. The treatment of intrathoracic goiters may be only operative. There are indications to the operation: the high probability of the goiter malignancy (15-17%) and the presence of the squeeze syndrome of neck and mediastinum organs. There are surgical accesses: Kokher's cervical incision in substernal localization of the goiter, thoracotomy in the full intrathoracic goiter.

УДК 612.12 — 073.96

ДИНАМИЧЕСКАЯ МНОГОМЕРНАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ

А.В. Гришина, В.Н. Домрачев, И.А. Латфуллин, В.Ф. Терзи, В.Д. Фоминых

Кафедра внутренних болезней № 2 (зав. — проф. И.А. Латфуллин) Казанского государственного медицинского университета, НПО ГИПО (ген. директор — чл.-корр. РАИИ А.С. Макаров), г. Казань

Разработанная нами система компьютерной электрокардиографии на базе персонального компьютера АТ/386 позволяет широко использовать современные математические методы обработки и представления кардосигналов. Параллельная регистрация ЭКГ с трех и более отведений дает возможность применять различные методы многомерного корреляционного анализа сигналов, причем традиционная векторкардиография является лишь одним из возможных вариантов представления проекций трехмерного сигнала на фронтальную, горизонтальную и сагиттальную плоскости. На основе графических возможностей современных компьютеров нами создана программа трехмерного представления ЭКГ-сигнала, а также результатов их корреляционного и спектрального анализов. На рис. 1 показано одно из возможных представлений проекции трехмерного ЭКГ-сигнала на три взаимоперпендикулярные плоскости (отведения I, II, III).

Одним из новых методов изображения сигналов в электрокардиографии является метод фазовых траекторий [6]. В его основе лежит известный в физике способ построения фазового портрета периодических или квазипериодических процессов. В качестве фазовых переменных используется по одной оси величина ЭКГ-сигнала, а по другой — его производная по времени. Однако вместо производной можно использовать сам сигнал, сдвинутый по времени (задержанный). Этот метод карт задержки удобен для создания фазового портрета, если временная задержка мала по сравнению с периодом изменения сигнала [6]. На рис. 2 и 3 приведены примеры фазовых портретов для реальных ЭКГ-сигналов, полученных от различных пациентов в отведениях II

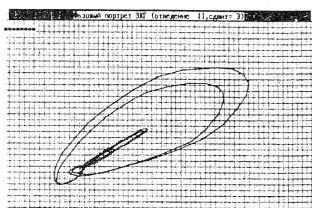


Рис. 2. Фазовый портрет ЭКГ-сигнала по двум кардиоциклам, II отведение, временной сдвиг — 6 мс.

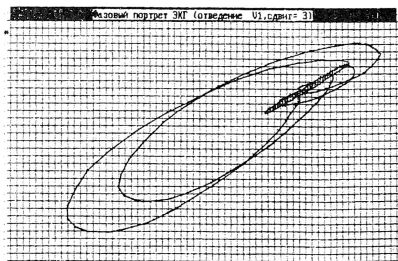


Рис. 3. Фазовый портрет ЭКГ-сигнала по двум кардиоциклам, отведение V_1 , временной сдвиг — 6 мс.

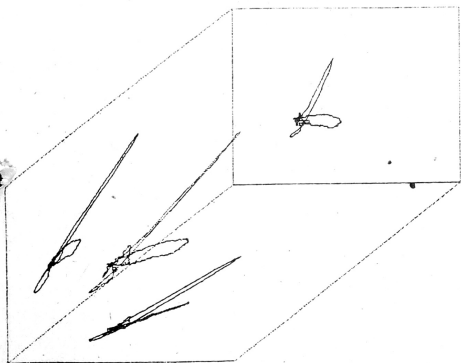


Рис. 1. Пространственное представление трехмерного ЭКГ-сигнала по двум кардиоциклам и его проекции на фронтальную, горизонтальную и сагиттальную плоскости.