

При повторной консультации в настоящее время функция анального сфинктера удовлетворительная, большая удерживает кал и газы. Через 4 часа мочеиспускание осуществляется по «сухой стоме» в правой подвздошной области, подтекания мочи нет. Вагинальный осмотр: передняя стенка влагалища представлена передней стенкой мочевого пузыря, шейка матки деформирована. В сроке 12-13 недель была взята на учет по беременности. Стома в правой подвздошной области функционирует нормально. Признаков обострения хронического пиелонефрита нет. Пациентка категорически отказалась от предложенного ей прерывания беременности. В сроке 37-38 недель выполнено кесарево сечение в нижнем сегменте по Гусакову. Плод – женского пола массой 2550,0 грамм, длиной 49 см, оценкой по шкале Апгар 7/8 баллов.

Таким образом, после множества реконструктивных операций на органах малого таза, у пациентки наступила желанная беременность. Беременная наблюдалась в перинатальном центре третьего уровня.

Выводы. Разговоры о сексуальных проблемах могут смущать пациенток. Им проще общаться со сверстниками, такими же неграмотными в вопросах сексопатологии. Нарушения любого из аспектов сексуального вопроса питает страх будущих неудач, и таким образом замыкает

порочный круг. 85% женщин мастурбирует, большинство считает, что легче достичь оргазма путем стимуляции клитора или введением инородного тела во влагалище, никто из них не информирован о последствиях и о состоянии всего соматического здоровья. Для профилактики нежелательных осложнений пациенткам с сексуальными проблемами необходимы психосоциальные консультации, где им представят сведения об анатомии и физиологии половых органов, половом поведении.

Список литературы

1. Бейлькин М.М. Секреты интимной жизни. Челябинск: «Урал Л.Т.Д.», 2001. – С. 304.
2. Еникеева Д.Д. Сексуальная патология. — М.: Восточная Книжная Компания, 1997. – С. 192.
3. Меньшикова Е.С. Жестокое обращение с детьми и возможные отдаленные последствия // Психологический журнал. – 1993. – № 6. – С.15–19.
4. Яцуха М.В., Васильева Л.А. Влияние миграционно-адаптационного периода на поведение, взгляды и установки в области половой морали // Вестник дерматологии и венерологии. – 1988. – № 12. – С.27–30.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОМОЦИСТЕИНА С ПРЕДСЕРДНЫМ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ И ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Яцкевич Екатерина Сергеевна,

ассистент первой кафедры внутренних болезней,

Снежицкий Виктор Александрович,

член-корреспондент НАН Беларуси, ректор, профессор первой кафедры внутренних болезней, УО «Гродненский государственный медицинский университет», 223009, г. Гродно, Беларусь

The relationship of homocysteine level with atrial remodeling in patients with paroxysmal and persistent atrial fibrillation
Yatskevich Ekaterina, Assistant of the First Department of internal diseases,
Snezhitskiy Victor, Corresponding Member of the National Academy of Sciences, Rector, Professor of the First Department of internal diseases, Educational Establishment «Grodno State Medical University», 223009, Grodno, Belarus

АННОТАЦИЯ

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи уровня гомоцистеина (Hcy) со структурно-функциональным ремоделированием предсердий у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Было обследовано 75 пациентов с ФП и ишемической болезнью сердца (ИБС) и/или артериальной гипертензией (АГ) без выраженных структурных изменений миокарда. Из них первую группу составили 48 пациентов с пароксизмальной ФП, вторую - 27 пациентов с персистирующей ФП. Третья – контрольная группа, включала 19 пациентов с ИБС и/или АГ без эпизодов ФП в анамнезе. Структурно-функциональное состояние сердца оценивали при проведении двухмерной трансторакальной эхокардиографии с использованием расчетных формул, характеризующих структуру и функцию левого предсердия (ЛП). Также определяли содержание в крови Hcy.

Результаты: У пациентов с пароксизмальной или персистирующей формой ФП уровень общего Hcy был значимо выше, чем у пациентов группы сравнения. Значение Hcy >11 мкмоль/л не только было взаимосвязано с размером ЛП >40 мм, но и явилось фактором риска его увеличения.

Выводы: Взаимосвязь Hcy с размером ЛП свидетельствует о его влиянии на предсердное ремоделирование, а повышение уровня Hcy >11 мкмоль/л позволяет рассматривать его как фактор риска увеличения ЛП и структурных изменений миокарда предсердий в условиях пароксизмальной и персистирующей форм ФП.

ABSTRACT

The aims of this study was to evaluate the relationship of homocysteine (Hcy) level with structural and functional atrial remodeling in patients with paroxysmal and persistent atrial fibrillation (AF).

Materials and methods: The study included 75 patients with AF on the background of ischemic heart disease (IHD) and / or hypertension without significant structural myocardial damage. Among them, the first group included 48 patients with paroxysmal AF, the second - 27 patients with persistent AF. For comparison, there was formed the third - control group – consisted of 19 patients with IHD and / or hypertension without AF episodes in history. Two-dimensional transthoracic echocardiography was performed to assess left atrium (LA) size and function. There were also determined blood levels of Hcy.

Results: In patients with paroxysmal and persistent AF the Hcy level was significantly higher than in control group. The Hcy level > 11 $\mu\text{mol} / \text{l}$ was not only associated with LA size > 40 mm, but was a risk factor of its enlargement.

Conclusions: In patients with paroxysmal and persistent AF the relationship between Hcy and LA size shows its effect on atrial remodeling. The increased Hcy level > 11 $\mu\text{mol} / \text{l}$ allows us to consider it as a risk factor of LA enlargement and its structural changes in patients with paroxysmal and persistent AF.

Ключевые слова: гомоцистеин; структурно-функциональное ремоделирование; фибрилляция предсердий; фиброз.

Keywords: homocysteine; structural and functional remodeling; atrial fibrillation; fibrosis.

Введение

Фибрилляция предсердий (ФП) до сих пор остается серьезной и нерешенной проблемой [4]. Она ассоциирована с целым рядом сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), но чаще всего аритмические осложнения возникают на фоне структурной перестройки миокарда вследствие ишемической болезни сердца (ИБС), поэтому и изучение механизмов ФП, протекающих на фоне ИБС, вызывает особый интерес в связи с их потенциальной опасностью для жизни больного [5].

В качестве таких механизмов ФП рассматриваются острые или хронические гемодинамические, метаболические и электрофизиологические процессы, которые способны привести к комплексу изменений ткани миокарда предсердий, посредством которых развивается и прогрессирует ФП – электрическому, структурному, сократительному ремоделированию [11].

Среди всего многообразия используемых в медицинской науке и практике биомаркеров, позволяющих оценить и прогнозировать степень развития ремоделирования при ФП, в последнее время уделяется внимание гомоцистеину (Hcy) [1,3].

Показано, что высокий уровень Hcy является независимым модифицируемым фактором риска ССЗ. В ряде исследований показана взаимосвязь уровня Hcy со структурой миокарда, его сократительной функцией и функциональным классом сердечной недостаточности [2,12].

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи уровня Hcy со структурным ремоделированием предсердий у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП.

Материалы и методы

75 пациентов с ФП (59 мужчин, 16 женщин) с ИБС и/или АГ без выраженного структурного поражения миокарда были обследованы на базе отделения нарушений ритма УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр»: из них первую группу составили 48 пациентов с пароксизмальной формой ФП (64 %), средний возраст 55,5 (50; 63,5) лет, вторую группу - 27 пациентов с

персистирующей формой ФП (36 %), средний возраст 52,5 (46; 61) лет. С целью сравнительной оценки изучаемых нами показателей сформирована третья - контрольная группа, включавшая 19 пациентов, средний возраст которых составил 56 (49,0; 61,0) лет с различными формами ИБС и/или АГ без эпизодов ФП в анамнезе. Критериями исключения были постоянная форма ФП, тиреотоксикоз, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, острый миокардит, сердечная недостаточность – ФК 2 стадии и выше (по NYHA), сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, некомпенсированные сопутствующие заболевания, беременные. Также были исключены пациенты с заболеваниями, которые приводят к нарушению обмена Hcy и повышению уровня общего плазменного Hcy (B12-дефицитная анемия, лейкозы, почечная недостаточность, системная красная волчанка, ревматоидный артрит), пациенты, принимавшие препараты, ведущие к повышению уровня общего плазменного Hcy (метотрексат, сульфасалазин, фенитоин, циклоспорин) или снижающие уровень Hcy в крови (витамины B6, B12, фолиевая кислота).

При поступлении в стационар пациентам группы 1 восстанавливали ритм с помощью фармакологической кардиоверсии с использованием препаратов Ic, II либо III классов. Пациентам группы 2 выполняли электрическую кардиоверсию. Синусовый ритм был восстановлен у всех пациентов, включенных в исследование.

Структурно-функциональное состояние сердца оценивали после успешной кардиоверсии при проведении двухмерной трансторакальной эхокардиографии, используя стандартные позиции на ультразвуковой системе «Philips», IE-33 с помощью широкополосного фазированного датчика S5-1 с технологией PureWaveCrystal (монокристалл) с расширенной частотной полосой от 1 до 5 МГц.

Исходные клинико-анамнестические и эхокардиографические характеристики в группах пациентов представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Характеристика исследуемых групп пациентов

Параметры	Критерии	1 группа (n=48)	2 группа (n=27)	3 группа (n=19)	p
Возраст, лет		55,5 (50; 64)	52,5 (46; 61)	56 (49; 61)	NS
Пол (м), n (%)		37 (77,1 %)	22 (81,5 %)	12 (63,2%)	NS
АГ, n (%)	Нет АГ, n (%)	9 (18,8%)	5 (18,5 %)	2 (10,5%)	NS
	1 ст., n (%)	13 (27%)	6 (22,2%)	3 (15,8%)	NS
	2 ст., n (%)	24 (50%)	16 (59,3%)	13 (68,4 %)	NS

Параметры	Критерии	1 группа (n=48)	2 группа (n=27)	3 группа (n=19)	p
	3 ст., n (%)	2 (4,2%)	-	1 (5,3%)	NS
ИБС, n (%)	Нет ИБС, n (%)	7 (14,6%)	6 (22,2%)	5 (26,3%)	NS
	ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, n (%)	24 (50%)	16 (59,3%)	1 (5,3%)	NS
	СН	ФК 1, n (%)	1 (2,1%)	3 (11,1%)	3 (15,8%)
ФК 2, n (%)		16 (33,3%)	2 (7,4%)	10 (52,6%)	NS
ХСН (ФК 1 по NYHA), n (%)		5 (10,4 %)	8 (29,6 %)	1 (5,3 %)	NS

Таблица 2

Эхокардиографические параметры

	Группа 1 (n=48)	Группа 2 (n=27)	Группа 3(n=19)	P
Систолический размер ЛП, мм	38±3*	41±4*#	36± 2	0,0015
ИММЛЖ г/м2	118±25	119 ±22	105±14	0,23
КДО, мл	128±20	131±29	121±26	0,44
КСО, мл	42±10	52±23*	37±9	0,06
УО, мл	84±14	79±14	81±17	0,22
Фракция выброса, %	66±5	61±8 *#	68±5	0,0027

Примечание: * - разница показателей достоверны по сравнению с таковыми у лиц контрольной группы (p<0,05).

- разница показателей достоверны по сравнению с таковыми у лиц группы с пароксизмальной формой ФП (p <0,05).

Также, во время курса стационарного лечения определяли в плазме венозной крови общий Нсу.

Данные обрабатывались непараметрическими методами с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0. В случае нормального распределения данных результаты представлялись в виде среднего и стандартного отклонений. Количественные данные, распределение которых не являлось нормальным, приводились в виде медианы, 25% и 75% квартилей. Для оценки различий между двумя независимыми группами применен непараметрический U-тест Манна-Уитни. Проверку однородности медиан нескольких групп проводили с помощью рангового дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса. Анализ зависимостей между переменными проводили с помощью коэффициента линейной регрессии Beta. С помощью анализа «Обобщённые деревья классификации и регрессии» определяли, как изучаемые нами показатели влияют на другие переменные, их иерархию влияния, тем самым определяя их прогностическое значение [7]. Статистически значимым считали результат при p<0,05.

Результаты

В результате анализа исходных данных получили, что уровень общего Нсу в контрольной группе составил 6,61 (5,8; 8,82) мкмоль/л, что значительно ниже (p<0,05), чем в группах 1 и 2 – 9,42 (7,41; 11,32) и 9,59 (7,27; 12,4) мкмоль/л, соответственно, в то время как статистически значимых различий между двумя группами - с пароксизмальной и персистирующей формами ФП - не было выявлено.

Анализ линейной регрессии также выявил взаимосвязь Нсу и размера ЛП (Beta=0,29; p<0,05). На основании этих данных нами выведено регрессионное уравнение для левого предсердия:

$$ЛП=35,42+0,31*Нсу,$$

где ЛП – диаметр левого предсердия, мм; Нсу – уровень гомоцистеина в плазме крови, мкмоль/л; 35,42 - свободный член, В - стандартизованный коэффициент регрессии для ЛП

В результате применения анализа «Обобщенные деревья классификации и регрессии» установлено, что уровень Нсу>11,2 мкмоль/л был взаимосвязан с увеличенным размером ЛП (>40 мм) (рис.1).



Рисунок 1. Классификация размера ЛП в зависимости от уровня гомоцистеина

Примечание: M – среднее значение, D – дисперсия показателей в выборке

ROC-анализ показал, что фактором риска увеличения ЛП>40мм у пациентов с ИБС и/или АГ с пароксиз-

мальной или персистирующей формами ФП является повышение Нсу более 11 мкмоль/л (площадь под кривой AUC 0,67, 95% ДИ 0,55-0,80, $p=0,01$) (рис.2).

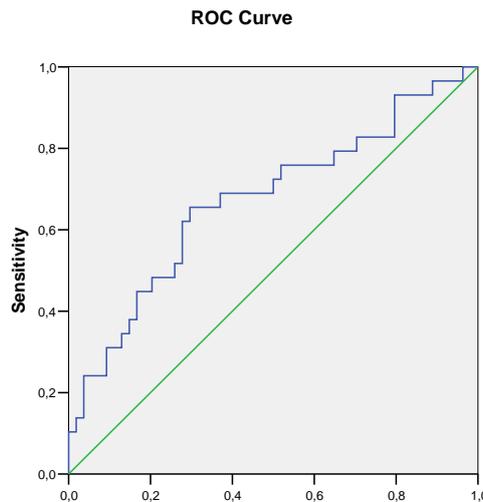


Рисунок 2. Характеристическая кривая для Нсу как диагностического теста для прогнозирования предсердного ремоделирования

Также определена и обратная взаимосвязь, при которой размер ЛП>39,5мм ассоциирован с достоверно большим значением Нсу ($M=8,77$ мкмоль/л, $D=7,91$ - для ЛП<=39,5 мм; $M=11,4$ мкмоль/л, $D=20,6$ - для ЛП>39,5мм)
Обсуждение

Существует небольшое количество клинических данных, отражающих взаимосвязь Нсу с ФП. Исследование Marcucci R et al. показали, что пациенты с ФП чаще имеют повышенные уровни Нсу. Они установили связь между уровнем Нсу и диаметром ЛП и доказали, что повышенный уровень Нсу является независимым фактором риска ишемических осложнений во время ФП [8].

О взаимосвязи Нсу и ремоделирования при ФП, говорит тот факт, что Нсу может регулировать активность металлопротеиназ 2 и 9 [9], оказывающих влияние на распад коллагена внеклеточного матрикса [10], что, в свою очередь, может привести к структурному и электрическому ремоделированию. Кроме того, Shimano и др. [6] в своей работе обнаружили корреляцию Нсу с маркером деградации коллагена 1 типа – С-концевым телопептидом коллагена 1 типа, который может частично объяснить механизм, ответственный за структурное ремоделирование предсердий, а также взаимосвязь Нсу с размером ЛП.

В нашей работе у пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП с ИБС и/или АГ имело место не только достоверное повышение уровня Нсу, но и взаимосвязь его уровня >11 мкмоль/л с увеличением ЛП, тогда как о гипергомоцистеинемии речь идёт лишь после его превышения в крови более 15 мкмоль/л. Можно предположить, что Нсу связан с процессами структурно-функционального ремоделирования предсердий, что позволяет рассматривать повышение его уровня у пациентов с ФП Нсу >11 мкмоль/л как фактор риска увеличения ЛП и структурных изменений миокарда предсердий.

Выводы:

1. У пациентов с пароксизмальной или персистирующей формой ФП, развившейся на фоне АГ и /или ИБС, уровень общего Нсу значимо выше, чем у пациентов группы сравнения.

2. Уровень Нсу >11,2 мкмоль/л взаимосвязан с размером ЛП >40 мм и является фактором риска его увеличения. Установлена и обратная взаимосвязь, при которой размер ЛП>39,5мм ассоциирован с достоверно большим значением Нсу (>11.4 мкмоль/л).

Литература

1. Гипергомоцистеинемия и белки острой фазы при различных формах ишемической болезни сердца / А.Д. Парамонов [и др.] // Тер. Архив. – 2004. – Т. 76, № 6. – С.67-70.
2. Клинические аспекты гипергомоцистеинемии: монография / [В. А. Снежицкий и др.]; под общей редакцией В. А. Снежицкого, В. М. Пырочкина. – Гродно: ГрГМУ, 2011. – 291с.
3. Роль гомоцистеина в патогенезе сосудистых осложнений при сахарном диабете 2-го типа / В.В. Потемкин [и др.] // Проблемы эндокринологии. – 2007. – Т. 53, № 3. – С. 10-13.
4. Снежицкий, В.А. Фибрилляция предсердий. Особенности регуляции ритма сердца и транспорта кислорода кровью / В.А. Снежицкий, Е.С. Пелеса, М.С. Дешко // LAP Lambert Academic Publishing - ISBN: 978-3-659-32591-5. – 2013. – 116 с.
5. 2012 focused update of ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation: an update of the 2010 guidelines for the management of atrial fibrillation. Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association / AJ Camm [et al.] // Europace. – 2012. – Vol. 14. – P. 1385-1413.
6. Circulating homocysteine levels in patients with radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation / M. Shimano [et al.] // Europace. – 2008. – Vol. 10. – P. 961–966.
7. Classification and Regression Tree Methods. Encyclopedia of Statistics in Quality and Reliability / Ruggeri [et al.]. - Wiley, 2008. - ISBN: 978-0-470-01861-3, P. 315–323.
8. Hyperhomocysteinemia and vitamin B6 deficiency: new risk markers for nonvalvular atrial fibrillation? / R.

- Marcucci [et al.] // Am Heart J. – 2004. – Vol. 148. – P. 456–461.
9. Influence of homocysteine on matrix metalloproteinase-2: activation and activity / [A. Bescond et al.] // Biochem. Biophys. Res. Commun. – 1999. – Vol. 263. – P. 498–503.
10. Matrix metalloproteinase-9 contributes to human atrial remodeling during atrial fibrillation / Y Nakano [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2004. – Vol. 43. – P. 818–825.
11. Pathophysiological Mechanisms of Atrial Fibrillation: A Translational Appraisal / U.Schotten [et al.] // Physiol. Rev. – 2011. – Vol. 91. – P. 265–325.
12. Rodionov R.N., Lentz S.R. The homocysteine paradox // Arterioscler Thromb Vasc Biol. – 2008. – Vol. 28. – № 6. – P.1031- 1033.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОДОНТОГЕННЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИСУИТОВ И МЕТОДОВ ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Забиков Ж.С.

Ассистент, Кабардино-Балкарский государственный университет, г. Нальчик

CHARACTERISTICS OF ODONTOGENIC UPPER JAW SINUSITIS AND METHODS OF THEIR TREATMENT

Zabakov Zh.S., assistant, Kabardino-Balkarian State University, Nalchik

АННОТАЦИЯ

Приведены результаты ретроспективного анализа 4098 историй болезни пациентов с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Установлено, что в структуре воспалительных заболеваний патология верхнечелюстной пазухи составляет 6,3%. Основной причиной патологического процесса является вскрытие пазухи во время удаления зуба. Наиболее часто вскрытие дна пазухи наблюдается при удалении первого моляра. После хирургического лечения больных с дефектом дна верхнечелюстной пазухи в значительном количестве случаев возникают осложнения, которые приводят к рецидиву ороантрального сообщения. Отмечены основные причины осложнений, необходимость дальнейшего изучения рассматриваемой проблемы.

ABSTRACT

The results of the retrospective analysis of 4098 case records of patients with maxillofacial area inflammatory diseases are presented. It was found out that the upper jaw bosom pathology makes 6,3 % of all cases of inflammatory diseases. The main reason for the pathological process is the bosom opening during a tooth removal. The bosom bottom opening is the most frequently observed while removing the first molar. After the surgical treatment of patients with upper jaw bosom bottom defects in lots of cases the complications occur which lead to the relapse of oroantral transition. The main reasons for the complications, the necessity of the further research of the problem considered are noted.

Ключевые слова: перфорация верхнечелюстной пазухи; хронический верхнечелюстной синусит.

Keywords: perforation of a maxillary bosom; chronic maxillary sinusitis.

Несмотря на значительные успехи в оказании стоматологической помощи, число больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами ежегодно увеличивается [1, с. 5]. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы встречаются у 12,0–75,0% больных с патологией верхнечелюстных пазух [3, с. 390], из них на долю перфоративных форм приходится 41,2–91,0% [2, с. 3]. Развитию воспаления в верхнечелюстной пазухе способствуют воспалительные процессы в области верхушек корней моляров и премоляров, близость дна пазухи к корням этих зубов, перфорация верхнечелюстной пазухи во время удаления зубов, патологические процессы на альвеолярном отростке верхней челюсти.

Цель работы. Определить частоту одонтогенного верхнечелюстного синусита, эффективность существующих методов лечения и потребность в специализированном лечении.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 4098 историй болезни пациентов с воспалительными процессами челюстно-лицевой области с 2002 по 2011 гг.

Изучены истории болезни с заболеваниями верхнечелюстной пазухи с акцентом на этиологию заболевания, методы лечения и их результаты.

Результаты исследования и их обсуждение. С патологией верхнечелюстной пазухи было 258 пациентов, что составило 6,3%. Из них 17,83% больных было с острым верхнечелюстным синуситом, 61,24% - с хроническим синуситом и 20,93% - с перфорацией дна верхнечелюстной пазухи. У 202 больных (78,29%) причиной патологического процесса явилось вскрытие пазухи во время удаления зуба.

Наиболее часто вскрытие дна пазухи наблюдалось при удалении первого моляра – в 63,89% случаев, второго моляра в 20,37%, второго премоляра в 9,26%, третьего моляра в 3,7%, первого премоляра в 2,78%. При развитии хронического гайморита всегда формировался ороантральный свищ. У всех больных проведено хирургическое лечение, задачей которого было устранение дефекта дна верхнечелюстной пазухи и ликвидация воспалительного процесса. Во время проведения операции практически во всех случаях обнаружен обширный дефект дна и стенок лунки ранее удаленного зуба (рис. 1, 2), что приводит к