

3. Клинические проявления БА на фоне HBsAg протекает более активно и по показателям интерлейкинов -4,5 близки к показателям АЗ (БА) и иногда даже выше, также как показатели общего IgE.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адо А. Д. «Общая аллергология» (М.: Медицина), 1978.
2. Алексеев О. А., Сульдавецев А. А. «Иммунные механизмы в патогенезе геморрагической лихорадки». Тер. архив (70) II: 39-42, 1998.
3. Беклемишев Н. Д., Мошкевич В. С., Суходоева Г. С. «Иммунотерапия при аллергии к микробам» (Алматы.: Наука), 1980.
4. Беклемишев Н. Д. «Т-хелпер 2 - ключевая клетка прометазойного иммунитета и реакции аллергии немедленного типа». Иммунология 3: 4-8, 1995.
5. Железникова Г. Ф. «Иммуноглобулин Е: биологическая роль при инфекционных заболеваниях». Медицинская иммунология 4/4-5/: 515 - 530, 2002.
6. Инсанов А. В., Фейзуллаева Н. А., «Гуморальный и клеточный иммунитет при менингитах различной этиологии». Проблемы туберкулеза №2:21 -23, 2000.
7. Кривицкая В. З., Александрова И. А. «Антивирусный IgE при респираторно-вирусной инфекции у больных бронхитом». Ж. Микробиологии №4 : 56 - 61 , 1998.
8. Литвинов В. И., Гергерт В. Я. «Иммунология туберкулеза: современное состояние проблемы». Рос. Вестник АМН №7 : 8-11, 1997.
9. Мошкевич В. С. «Аллергические заболевания верхних дыхательных путей в Казахстане». Дисс. Д-ра мед. наук (М.) 450 с., 1973.
10. Сепиашвили Р. И. «Функциональная система иммунного гомеостаза». Аллергология и иммунология (4) №2: 5-14, 2003
11. Jntti H., Kokkonen J. «Association of an early respiratory syncytial virus infection and atopic allergy». Allergy 58 (9): 878 - 883, 2003.
12. Matricardi P. M., Bjorksten B., Bonini S., Bousquet J. «Microbial products in allergy prevention therapy». Allergy 58 (6): 461 - 469, 2003.
13. Allergy Asthma Immunol 79 : 229 – 233, 1997.
14. Xatzipsalti M. «Rhinoviremia in children with acute wheezing. XXII Congress of EAACI abstract book : 66, 2003.
15. Сергеев В.П., Малышев М.А., Дрынов И.Д. Эволюция инфекционных болезней – М., 2000-С. 207.

16. *Microbial threats to health // Smolinski M., Hamburg M.A., Ledelberg J. (eds) – Washington, The national academies press, 2003 – 396 p.*

17. *Valiante N.M., O'Hagan D., Ulmer J. Innate immunity and biodefence vaccines. //Cell.Microbiol. – 2003 – Vol.5 – P. 755-766.*

18. *Hackett C.J. Innate immune activation as a broad – spectrum*

ТҮЙІН

Ұзақ уақыт бойы туберкулезбен, инфекциялық гепатитпен, басқа да инфекциялармен ауыратын науқастардағы инфекциялық ауру мен тыныс демікпесі кезіндегі аллергиялық қабынудың келесі жылдары дамуының арасындағы өзара әрекеті зерттелді. Зерттеулердің деректері бойынша пайда болған гепатиттің әрекеті аллергиялық аурулардың пайда болуына әкеледі. ТД туберкулездік инфекцияның аясында клиникалық пайда болуы аса белсенді емес болады және -4,5 интерлейкиндердің көрсеткіштері бойынша, сонымен қатар жалпы IgE10 төмендетілген болады. ТД HBsAg аясында клиникалық пайда болуы айтарлықтай белсенді болады және -4,5 интерлейкиндердің көрсеткіштері бойынша АЗ (ТД) көрсеткіштеріне қатысты жалпы IgE көрсеткіштерінен де үлкен болады.

Түйін сөздер: атопия, тыныс демікпесі, бактериалдық инфекция, вирустық инфекция, гепатит, аллергиялық реакциялар, туберкулез, иммундық жүйе, иммуноглобулиндер, интерлейкиндер, антагонизм, синергизм.

SUMMARY

For a long time studying the interference between infectious diseases in patients with white plague, infectious hepatitis, other infections and the development in the years of allergic inflammation in bronchial asthma. According to the examination the action of transferred hepatitis leads to allergic disease. Clinical manifestations of AD against TB infection occurs less active in terms of interleukins and -4.5 more reduced, as well as indicators of the general IgE10 Clinical manifestations of AD against HBsAg proceeds more actively and in terms of interleukins -4.5 close to those of AZ (BA) indexes and sometimes even higher, as well as total IgE indexes.

Keywords: atopy, bronchial asthma, bacterial infection, virus infection, hepatitis, allergic reactions, white plague, immune system, Ig, interleukins antagonism synergism.

УДК: 616.757.7-007.681

МИКРОХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛАДОННОГО ФИБРОМАТОЗА

Мурадов М.И., Сайк П.Ю.

ННЦХ им.А.Н.Сызганова МЗ РК

Лечение больных с контрактурой Дюпюитрена остается одной актуальной проблемой современной медицины. Социальная значимость обусловлена тем, что до 50% пациентов с заболеваниями кисти, нуждающихся в оперативном лечении составляют больные, страдающие контрактурой Дюпюитрена [1,2,3].

Известны несколько способов хирургического лечения контрактуры Дюпюитрена, заключающиеся в иссечении патологически измененного ладонного апоневроза и рубцовоизмененной соединительной ткани [4,5,6,7,8]. Отличаются они доступами и способами закрытия ран.

Из них наиболее распространенными являются метод «открытой ладони и пальцев», когда поперечные разрезы по сгибательным складкам на ладони и пальцах не заживают вторичным натяжением. Метод продольных разрезов на ладони и пальцах с последующим выкраиванием встречных треугольных лоскутов [9,10].

Однако известные способы имеют ряд существенных недостатков: риск некроза треугольных лоскутов; возможность гнойной инфекции; образование грубых рубцов с формированием контрактуры пальцев; неврит пальцевых нервов, некроз сухожилий; длительные

сроки заживления открытых ран (3 до 6 недель).

В отделении микрохирургии за период с 2007-2012гг. оперировано 74 пациента с контрактурой пальцев II-IV степени, вызванной болезнью Дюпюитрена. Все пациенты мужского пола в возрасте от 37 до 72 лет с длительностью заболевания до 12 лет.

Все операции выполнялись под проводниковой анестезией, увеличением х 2,5-4 с микрохирургической техникой. Производили косо-поперечные или поперечные разрезы на пальцах, поперечный разрез по дистальной ладонной складке, дугообразный разрез по всей длине складки карпального канала. Увеличение позволяло нам малотравматично отсепаровать кожные покровы от апоневроза, сохраняя при этом питание покровных тканей. Через эти доступы удавалось выделить измененный апоневроз на протяжении от поверхностного сгибателя кисти до фаланг пальцев. Дистальнее ладонной складки в конгломерат рубцовых сращений у всех больных были вовлечены пальцевые сосудисто-нервные пучки и сухожилия сгибателей. Особую сложность составило выделение собственно пальцевых нервов и артерий на уровне фаланг пальцев. Ладонный апоневроз и рубцовые ткани максимально иссекались под контролем увеличения. После редрессации суставов пальцы кисти занимали позицию физиологического сгибания. Дефекта покровных тканей не было. Раны зашивались поэтапно, начиная с пальцев, с оставлением в раневой полости активного дренажа, выведенного через дополнительный разрез на уровне складки лучезапястного сустава. Кисть и пальцы не фиксировали. Сомнительные участки кожи ладони вели как аутодерму. Пассивную разработку пальцев начинали после купирования явлений воспаления. В послеоперационном периоде осложнений не было. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением на 10-12 сутки. У 17 пациентов имели место парестезии в пальцах, которые купировались на 5-7 сутки.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.

Рис. 1.—Общий вид кисти пациента с диагнозом хронический ладонный фиброматоз.

Рис. 2.—Микрохирургический этап операции по выделению анатомических образований (сосудисто-нервные пучки, сухожилия сгибатели).

Рис. 3.— Удаление фиброзно измененного ладонного апоневроза.

На контрольном осмотре 54 пациентов через 1, 3, 6 месяцев прослеживалась динамика восстановления функции кисти. Все пациенты вернулись к своей прежней работе уже через 2-3 недели после операции, но продолжали реабилитационную терапию до 6 месяцев.

Таким образом, предложенные доступы в хирургии контрактуры Дюпюитрена, применение микрохирургической техники позволяют предупредить осложнения, связанные с ранением сосудисто-нервных пучков, некрозом покровных тканей, открытым ведением ран, сокращая сроки социальной и трудовой реабилитации этой категории больных.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 10. Barbara S., Brown J. et al. Differential gene expression analysis of subcutaneous fat, fascia, and skin overlying a Dupuytren's disease nodule in comparison to control tissue // *Hand*. — 2009. — Vol. 4. — N. 3. — P. 294 — 301.
2. 5. Augoff K, Ratajczak K, Gosk J. et al. Gelatinase a activity in Dupuytren's disease // *J. of Hand Surg.* — 2006. — Vol. 31 (10). — P. 1635 — 1639.
3. 7. Bache I., Nielsen N.M., Rostgaard K. et al. Autoimmune diseases in a Danish cohort of 4,866 carriers of constitutional structural chromosomal rearrangements // *Arthritis & Rheumatism*. — 2007. — Vol. 56 (7). — P. 2402 — 2409.
4. 8. Badalamente MA, Hurst L.C. Efficacy and safety of injectable mixed collagenase subtypes in the treatment of Dupuytren's contracture // *J. of Hand Surg.* — 2007. — Vol. 32 (6). — P. 767 — 774.
5. Губочкин Н.Г. Хирургическое лечение больных с контрактурой Дюпюитрена с позиции микрохирургии // *Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии*. — 2002. — № 3 (7). — С. 15-16.
6. Микусев Г.И., Байкеев Р.Ф., Микусев И.Е., Магомедов Р.О. Болезнь Дюпюитрена. Регистр по РТ // *Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова*. — 2007. — № 4. — С. 65 — 69.

ТҮЙІН

Айтылмыш мақалада 74 емделушінің микрохирургиялық шипасының анализы II-IV саусағының созылмалы фиброматоз контрактурасымен дәреженің Дюпюитрена шақырт- ауруымен үшін кезді мен 2007-2012гг сәуле түс-. микрохирургиялық техниканың қолданысын, мен тамыр-жүйкенің шоқшасының жарала, жабынның матасының некрозымен, жараның ашық құзырлығымен тоқулы шиеленістер ескерту қоятын, аурудың осы санатының әлеуметтік және еңбек ақтауының мерзімдерді қысқарта.

Түйін сөздері: фиброматоз, ладонь, Дюпюитрен, контрактура.

SUMMARY

This article contains an analysis of microsurgical treatment of 74 patients with chronic contracture of the fingers fibromatous II-IV degree caused by Dupuytren's disease from 2007 to 2012. The use of microsurgical techniques can prevent complications associated with wound neurovascular bundles, necrosis of epithelial tissue, maintenance of open wounds, reducing terms of social and labor rehabilitation of these patients.