

излечение было достигнуто в семи случаях. Улучшение состояния наступило у 24 пациентов, незначительное улучшение у 9 больных.

Выздоровление наблюдалось при остром катаральном гингивите, легких травматических повреждениях слизистой оболочки полости рта и при френулотомии. Во второй группе из 40 пациентов улучшение состояния было в 12 случаях.

В таблице 3 представлены средние значения показателя РМА и показателя состояния гигиены полости рта по Грину–Вермиллиону. Средние показатели РМА после лечения уменьшились во всех обследованных группах, улучшилась гигиена полости рта.

Рекомендуем применять препараты октенидол и октенисепт с лечебной целью в стоматологической практике.

Выводы

1. Применение препаратов октенидол и октенисепт эффективно для лечения стоматологических заболеваний.
2. Применение препаратов октенидол и октенисепт ускоряет процесс заживления.
3. Препараты октенидол и октенисепт обладают противовоспалительным и обезболивающим действием.
4. Октенидол и октенисепт не вызывают появления побочных симптомов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедеян В.Р. Лечение воспалительных заболеваний пародонта с помощью биополимерных лекарственных форм пролонгированного действия. – М.: Издательство Медицина, 1997. – С. 145
2. Ушаков Р.В., Царев В.Н., Чувилкин В.И. Современные принципы применения антибактериальных препаратов

для лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. – Стоматология для всех, №4. – М.: Издательство Медицина, 1999. – С. 31-37

3 Царев В.Н., Ушаков Р.В., Плахтий Л.Я., Чухаджан Г.А. Применение адгезивных пленок «Диплен-Дента» в комплексном лечении пародонтита. – М.: Издательство Медицина, 2002. – С. 89

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

М.Т. ДҮЙСЕМБАЕВА

Балалар стоматологиялық емханасы, Алматы қ.

ПАРОДОНТТЫ ЖӘНЕ АУЫЗ ҚҰЫСЫНЫҢ ШЫРЫШТЫ ҚАБЫҒЫНЫҢ ПАТОЛОГИЯСЫН ЕМДЕУДЕ ОКТЕНИДОЛ ЖӘНЕ ОКТЕНИСЕПТ ПРЕПАРАТТАРЫН ҚОЛДАНУ

Октенидол және октенисепт препараттарын қолдану, стоматологиялық ауруларды емдеу үшін тиімді. Октенидол және октенисепт препараттарының қабынуға қарсы және ауруды басатын әсерлері бар. Октенидол және октенисепт жағымсыз әсерлер тудырмайды.

S U M M A R Y

M.T. DUYSEMBAYEVA

Children's dental polyclinic, Almaty c.

APPLICATION OF THE MEDICINES OKTENIDOL AND OKTENISEPT IN THE TREATMENT OF PERIODONTAL AND ORAL MUCOSAL DISEASES

The application of the medicines Oktenidol and Oktenisept is effective in the treatment of dental diseases. The application of the medicines Oktenidol and Oktenisept accelerates the healing process. The medicines Oktenidol and Oktenisept have anti-inflammatory and analgesic effects. Oktenidol and Oktenisept do not cause adverse symptoms.

УРОЛОГИЯ И НЕФРОЛОГИЯ

УДК 616.12-008.331.1:616.136.7-002

Б.К. ИДРИСОВ

Городская поликлиника №3, г. Алматы

ВАЗОРЕНАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Вазоренальная гипертензия – это заболевание, при котором повышение артериального давления обусловлено поражением почечных артерий.

В данной статье представлен краткий обзор основных принципов лечения и диагностики вазоренальной гипертензии.

Ключевые слова: вазоренальная гипертензия, атеросклероз, неспецифический аортоартериит, фиброзно-мышечная дисплазия, патогенез, анамнез, рентгенэндоваскулярные методы.

Вазоренальная гипертензия – это заболевание, при котором повышение артериального давления обусловлено поражением почечных артерий.

Этиология. Поражения почечных артерий могут быть как врожденными, так и приобретенными. Среди врожденных аномалий почечных артерий наблюдаются: фибринозно-мышечная дисплазия, аневризма, гипоплазия и атрезия почечной артерии, ангиомы, артериовенозная фистула, аномалии развития аорты. Приобретенные поражения: атеросклеротический стеноз, стеноз почечной артерии или вены при нефроптозе, тромбоз или эмболия почечной артерии, панартериит, аневризма почечной артерии, сдавление почечной артерии извне. Имеют значение множественные и добавочные почечные артерии, так как почка разделена на 5 арте-

риальных сегментов и между ними нет анастомозов [1].

Распределение больных вазоренальной гипертензией по этиологии заболевания: атеросклероз, неспецифический аортоартериит, фиброзно-мышечная дисплазия. При атеросклеротическом поражении почечной артерии (62-70%), как правило, атеросклеротическая бляшка локализуется в устье и 1 сегменте артерии. Вторая по частоте причина поражения почечных артерий – фиброзная дисплазия или фибромускулярная гиперплазия (25-30%). Среди этиологических причин развития фиброзно-мышечной дисплазии называют нарушение иннервации мышечного слоя. Для аортита характерны поражения в первую очередь адвентиции, выраженный перипроцесс и воспалительная инфильтрация медиа и интимы с нарушением эластичного каркаса.

Следует подчеркнуть, что неспецифический аортоартериит и фиброзно-мышечная дисплазия – это два принципиально различных процесса, которые поражают почечные артерии и приводят к развитию вазоренальной гипертензии. Если при фиброзно-мышечной дисплазии избыточное развитие соединительной ткани связано с продукцией ее гладкомышечными клетками в ответ на дефицит эластики, то при артериите наблюдается заместительный склероз как исход воспаления [2].

Патогенез. Существуют две теории возникновения вазоренальной гипертензии:

Первая теория – ренопрессорная. В настоящее время можно считать доказанным, что основным в возникновении гипертензии при сужении почечных артерий является снижение пульсионного и перфузионного давления. В этих условиях происходит усиленная секреция ренина, который образуется в юкстагломерулярном аппарате почек. Затем включается система ренин – ангиотензин – альдостерон, которой принадлежит решающая роль в развитии болезни.

Вторая теория – депрессорно-ренопривная, заключается в том, что в возникновении гипертензии имеет место снижение выработки почкой депрессорных и вазодилаторных субстанций (простагландинов, кининов). Недостаточная выработка почкой депрессорного вещества приводит к возникновению гипертензии, так как отсутствует физиологический регулятор артериального давления [3].

Симптоматика. Заболевание может появиться в любом возрасте. У мужчин вазоренальная гипертензия чаще возникает после 50 лет, у женщин – до 30 лет. Характерных для вазоренальной гипертензии клинических симптомов нет. Часто отсутствуют жалобы на момент выявления. Заболевание характеризуется внезапным началом, когда появляется тяжелая артериальная гипертензия, либо имевшаяся ранее гипертензия резко утяжеляется и становится нечувствительной к терапии. Клиника заболевания укладывается в картину гипертонической болезни.

Возраст больных может быть различным. При фиброзно-мышечной дисплазии чаще это больные второго-третьего десятилетия жизни, при атеросклерозе – четвертого-пятого. Среди больных с атеросклеротическим поражением чаще встречаются мужчины, аортит и фиброзная дисплазия чаще наблюдаются у женщин.

Жалобы больных можно разделить на 3 группы:

1. Обусловленные наличием самой гипертензии;
2. Обусловленные повышенной нагрузкой на сердце;
3. Связанные с поражением почек.

Среди больных с вазоренальной гипертензией наблюдали «бессимптомное» течение у 12% больных. Выделен следующий перечень клинических признаков, на основании которых можно было заподозрить гипертензию вазоренального генеза:

1. Стойкая высокая гипертензия, не чувствительная к консервативной терапии.
2. Высокие цифры диастолического давления.
3. Редкое возникновение кризов.
4. Развитие гипертензии после острой боли в пояснице, травмы почки или операции на ней.
5. Отклонения от нормальных показателей данных функциональной урографии, рено- и скintiграфии.
6. Систолитический шум над аортой и почечными артериями.

Диагностика. Диагностический процесс при вазоренальной гипертензии состоит из 3 этапов:

Первый этап. На основании совокупности клинических, анамнестических, физикальных данных заподозрить вазоренальный характер артериальной гипертензии или

вазоренальный компонент в генезе сочетанной артериальной гипертензии.

Анамнез. Как уже указывалось выше, для вазоренальной гипертензии нет достаточных специфических признаков, однако более характерно отсутствие наследственного анамнеза артериальной гипертензии, начало заболевания в детском возрасте и в возрастные периоды 17-30 и старше 45 лет.

Клиника

1. Стабильно высокие цифры систолического, и особенно диастолического (выше 100 мм рт.ст.) артериального давления;

2. Быстрое прогрессирование артериальной гипертензии, резистентность к стандартной гипотензивной терапии;

3. Озлокачествление течения эссенциальной артериальной гипертензии;

4. Снижение эффективности ранее эффективной гипотензивной терапии;

5. Быстрое развитие поражения органов-мишеней: гипертрофии левого желудочка с его перегрузкой, эпизодами острой левожелудочковой недостаточности; гипертоническая ангиопатия сетчатки; гипертоническая энцефалопатия и мозговые осложнения артериальной гипертензии; протеинурия, микрогематурия, появление признаков хронической почечной недостаточности у лиц с артериальной гипертензией.

Второй этап – при наличии указанных признаков в любом их сочетании необходимо выполнение скрининговых инструментальных методов. Для выявления стенозирующих поражений почечных артерий наиболее информативны ультразвуковое исследование почек с ультразвуковой доплерографией (УЗДГ) почечных артерий, радиоизотопная ренография (РРГ), радиоизотопная скintiграфия почек. Диагностически значимым критерием для всех указанных методов является любая:

1. Асимметрия размеров почек по данным УЗИ, скintiграфии. Значимым считают уменьшение длинны левой почки по отношению к правой на 0,7 см, правой – на 1,5 см по отношению к левой.

2. Асимметрия толщины и эхогенности коркового слоя по данным УЗИ.

3. Асимметрия кровотока в почечных артериях по данным УЗДГ.

4. Асимметрия ренографических кривых, особенно по амплитуде, T1/2 секреции.

5. Асимметрия интенсивности нефроскintiграмм. Внутривенная экскреторная урография обнаруживает разницу в размерах почек и характеризует функцию каждой из них.

Третий этап – при выявлении диагностических критериев вазоренальной гипертензии на 2-м этапе, а в случаях злокачественной быстро прогрессирующей артериальной гипертензии без наследственного анамнеза – вне зависимости от результатов скрининговых исследований – показано выполнение брюшной аортографии с почечным сегментом.

Этот метод на сегодняшний день является «золотым стандартом» в диагностике вазоренальной гипертензии и характеризуется диагностической точностью 98-99%. Методом выбора является аортография по Селдингеру. При поражении почечной артерии атеросклерозом на аортограмме видно сужение артерии, которое начинается обычно сразу же от устья или на протяжении первых 2 см. В случаях поражения почечной артерии на почве неспецифического аортоартериита в первую очередь отмечается одновременное изменение брюшной аорты и ее ветвей, в частности часто поражаются висцеральные

ветви. При наличии фиброзно-мышечной дисплазии чаще сужена средняя часть почечной артерии, а вся артерия имеет четкообразный вид («нитка бус») [4, 5].

Для лечения вазоренальной гипертензии в настоящее время существуют 2 основных подхода:

- рентгенэндоваскулярная пластика;
- открытая хирургическая реконструкция.

Доказано, что медикаментозная терапия как самостоятельный метод лечения вазоренальной гипертензии неэффективна, поэтому проводится в качестве до- и послеоперационного лечения, а также в случае невозможности реваскуляризации по какой-либо причине.

Рентгенэндоваскулярные методы. Для рентгенэндоваскулярного лечения стенозирующего поражения почечных артерий применяются эндоваскулярная баллонная дилатация и стентирование почечных артерий. Большинство стенозов почечных артерий (до 70%) может быть излечено рентгенэндоваскулярными методами.

Показания к эндоваскулярной баллонной дилатации почечных артерий: фибромускулярные стенозы почечных артерий, в том числе с распространением патологического процесса на ветви II-III порядка, атеросклеротические стенозы I-III сегментов почечных артерий, кроме устьевых, критических и кальцинированных стенозов.

Показания к стентированию почечных артерий: устьевые, критические и кальцинированные атеросклеротические стенозы, неудачные или осложненные эндоваскулярные баллонные дилатации (ригидные стенозы, диссекция интимы), рестенозы после эндоваскулярной баллонной дилатации [6].

Противопоказания к эндоваскулярной хирургии почечных артерий:

1. Абсолютные (показано хирургическое вмешательство) – окклюзия или критический стеноз почечной артерии с уменьшением почки в размерах, фибромускулярные стенозы с выраженным избытком длины почечной артерии; техническая невозможность эндоваскулярного устранения стеноза;

2. Относительные (предпочтительно хирургическое вмешательство) – устьевые стенозы за счет «нависания» атеросклеротической бляшки из аорты, поражение 2 и более стволов при множественных почечных артериях.

Хирургические методы. Выбор оперативного вмешательства производится с учетом локализации, распространенности и этиологии окклюзионных поражений почечных артерий. При атеросклеротическом поражении предпочтение отдается трансартериальной эндартерэктомии из почечной артерии. При поражении почечных артерий фибромускулярной дисплазией или артериитом в проксимальной их трети операцией выбора является резекция сегмента сосуда с реплантацией его в аорту по типу «конец – в бок», при локализации поражения в средней или дистальной трети почечной артерии – резекция сосуда с анастомозом «конец – в конец». При распространенном поражении почечной артерии выполняют аутовенозное или аутоартериальное протезирование. При распространенном поражении артерии одной почки, когда в патологический процесс вовлечены и ее ветви, а также при атрофии или резком снижении функции одной из почек производят нефрэктомия. Ближайшие и отдаленные результаты свидетельствуют о нормализации артериального давления у 70–85% больных, что позволяет говорить об эффективности хирургического лечения вазоренальной гипертензии [7].

Противопоказаниями к реконструктивным операциям при окклюзионных поражениях почечных артерий служат относительно свежие (до полугода) нарушения мозгового или коронарного кровообращения, выраженная декомпенсация сердечно-сосудистой системы и тяжелая

почечная недостаточность, а также распространенное на большом протяжении двустороннее поражение почечных сосудов, при котором восстановительную операцию технически невозможно выполнить.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Сорокин Е.В., Карпов Ю.А. Реноваскулярная артериальная гипертензия: диагностика и лечение // РМЖ, Кардиология. – 2000 – Т. 1, №1. – С. 19-22
- 2 Вихерт А.М., Жданов В.С., Стернби Н.Г., Волков В.А. и др. Эволюция атеросклероза коронарных артерий в пяти городах Европы за последние 20-25 лет // Кардиология. – 1995. – №4. – С. 4-6
- 3 Бенджамин М.Е., Дин Р.Х. Современные методы реконструкции почечных артерий // Ангиология и сосудистая хирургия. 1996. – №1. – С. 73-87
- 4 Диагностика и лечение хирургических форм симптоматических артериальных гипертензий. Под ред. проф. Крылова В.П. – Минск, 2000. – 220 с.
- 5 Петровский Б.В., Гавриленко А.В., Косенков А.Н. 35-летний опыт реконструктивных операций при хирургическом лечении больших вазоренальной гипертензией // Хирургия. – 1997. – №7. – С. 4–9
- 6 Cornelis J van Rooden, J. Hajo van Bockel, Guy G. De Backer, et al. Longterm outcome of surgical revascularization in ischemic nephropathy: normalization of average decline in renal function // Journal of vascular surgery. – June, 1999. – V. 29. – N.6. – P. 8-11
- 7 James M. Wong, Kimbeley J. Hansen, Timothy C. Oskin, et al. Surgery after failed percutaneous renal artery angioplasty // Journal of vascular surgery. – September 1999. – V.30. – N.3. – P. 12-17

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Б.К. ЫДЫРЫСОВ

№3 қалалық емхана, Алматы қ.

ВАЗОРЕНАДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Вазореналдық гипертензияның (ВРГ) клиникалық мағынасы, осы аурудың кең таралуына, сондай-ақ оның болжамға деген теріс ықпалына байланысты. Өкінішке орай, ВРГ анықтауға жеткілікті түрде көңіл бөлінбейді, бірақ дұрыс жинақталған анамнез және мұқият жүргізілген физикалық зерттеу, пациентте гипертензияның тап осы түрінің болуына күдіктенуге мүмкіндік береді. Клиникалық тексеру, бүйрек артерияларының зақымдануын толық дәлдікпен анықтауға мүмкіндік беретін диагностикалаудың қауіпсіз неинвазивтік әдістерімен толықтырылуы мүмкін. Осы ауруды емдеудегі жағдай қиынырақ. Қазіргі кезде дәлелді медицинаның критерийлеріне сәйкес келетін, бүйрек артерияларының реваскуляризациясының тиімділігін зерттеу жасалған жоқ.

S U M M A R Y

B. K. IDRISOV

City Polyclinic No3, Almaty c.

VASORENAL HYPERTENSION

The clinical significance of vasorenal hypertension (VRH) is associated with the high incidence of the disease and its evident negative impact on the prognosis. Unfortunately, the attention paid to the identification of VRH is insufficient, although a properly collected case history and careful physical examination conducted enable to suspect the presence of this form of hypertension in a patient. The clinical examination can be easily supplemented with safe non-invasive diagnostic methods that can detect the damage of renal arteries with high accuracy. The situation with the treatment of this disease is much more complicated. Currently, there are no studies on the effectiveness of renal artery revascularization, which meet the criteria of evidence-based medicine.