

лопроктологии. Во вторую группу включено 108 больных, оперированных в 2010–2011 гг. с использованием дифференцированного подхода к выбору оперативного вмешательства в зависимости от стадии заболевания и анатомических особенностей пациента.

Выбор способа хирургического лечения геморроя во второй группе осуществлялся следующим образом: 45 больным с хроническим комбинированным геморроем II–III степени с выраженными наружными узлами производилась геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации НИИ Колопроктологии, 26 больным с хроническим внутренним геморроем II–III степени (с выпадением слизистой оболочки) выполнялась Аппаратная геморроидэктомия по Лонго, а 37 больным с хроническим внутренним геморроем II–III степени (без выпадения слизистой оболочки) выполнялось проксимальное лигирование геморроидальных артерий.

Все группы были сопоставимы по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям и способам обезболивания.

Результаты. В первой группе ранние послеоперационные осложнения возникли у 14 (30,4%) больных, во второй – у 13 (12,0%) больных. Таким образом, риск возникновения ранних послеоперационных осложнений в первой группе больных был в 2,5 раза выше, чем во второй ($p < 0,05$).

Средние сроки госпитализации и полного заживления ран в первой группе составили $12,6 \pm 5,4$ и $28,3 \pm 10,4$ суток, во второй – $9,4 \pm 4,4$ и $18,8 \pm 5,4$ суток соответственно. Разница показателей во всех случаях статистически достоверна ($p < 0,05$).

Выводы. Использование предложенного дифференцированного подхода к выбору способа оперативного лечения геморроя II–III степени в зависимости от стадии патологического процесса и анатомических особенностей пациентов позволяет значительно снизить риск возникновения послеоперационных осложнений и сократить сроки лечения больных.

ПОИСК ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ БИОМАРКЕРОВ ПРИ МИТОХОНДРИАЛЬНЫХ ЭНЦЕФАЛОМИОПАТИЯХ

¹Мир-Касимов М.Ф., ¹Ключников С.А.,
¹Федин П.А., ¹Сахарова А.В., ¹Чайковская Р.П.,
¹Пыхтина Т.Н., ²Захарова Е.Ю.,
¹Иллариошкин С.Н., ¹Иванова-Смоленская И.А.

¹ФГБУ «Научный центр неврологии» Российской академии медицинских наук, Москва;

²ФГБУ «Медико-генетический научный центр» РАМН, Москва, e-mail: asadulla.68@gmail.com

Целью исследования являлся анализ особенностей течения, клинко-инструменталь-

ной и морфологической картины заболевания и поиск биомаркеров болезни у взрослых пациентов, страдающих митохондриальными энцефаломиопатиями (МЭ) с полиморфной неврологической симптоматикой.

Применялись следующие методы:

- ✓ оценка неврологического статуса;
- ✓ определение уровня лактата и пирувата в крови;
- ✓ электроэнцефалография (ЭЭГ);
- ✓ мультимодальные вызванные потенциалы (ВП);
- ✓ электронейромиография (ЭНМГ);
- ✓ молекулярно-генетический анализ;
- ✓ комплексное морфогистохимическое и ультраструктурное исследование.

Были получены следующие результаты: обследованы 54 пациента обоего пола (средний возраст 33 года) с диагнозом МЭ. В большинстве случаев имели место генетически недифференцированные формы МЭ, подтвержденные результатами биопсии четырехглавой мышцы бедра. В 17 случаях диагностированы синдромы MERRF, MELAS и Кернса-Сэйра, верифицированные данными ДНК-анализа. Неврологические проявления были представлены преимущественно миоклонус-эпилепсией, постурально-кинетицическим тремором рук, вестибуло-атактическим синдромом, нейросенсорной тугоухостью и снижением толерантности к физической нагрузке. В процессе обследования пациентов выявлен ряд информативных ЭЭГ-, ВП- и ЭНМГ-маркеров, что обосновывает важность включения электронейрофизиологических методов в алгоритм обследования пациентов с предполагаемыми МЭ. При морфологическом и гистохимическом исследовании биоптатов мышц во всех случаях обнаружены мозаичная атрофия и дистрофия ряда мышечных волокон, перемещение ядер миоцитов с периферии в центр мышечного волокна, в некоторых случаях – фиброз перимизия и периваскулярный склероз, позитивный феномен RRF выявлялся в 10–45% мышечных волокон. При электронной микроскопии мышечных биоптатов выявлена пролиферация и концентрация под сарколеммой аномальных митохондрий с дезорганизацией крист, кристаллические включения в части из них и др. Анализ случая аутопсии выявил атрофические изменения в коре больших полушарий, нижних оливах, других ядрах ствола мозга и особенно – в подкорковых узлах.

Таким образом, верификация диагноза МЭ требует проведения тщательного дифференциального диагноза с другими нейродегенеративными заболеваниями. В этих случаях должен применяться системный подход, выходящий за рамки стандартного неврологического алгоритма обследования.