

ЛИТЕРАТУРА

1. Абулов М. Х., Капменко М. Н. Некоторые аспекты развития окклюзии мезентериальных артерий при атеросклерозе // Тер. арх.—1980.— № 5.— С. 129—132.
2. Бадин А. М., Скворцов В. Ф., Скирдов П. В. Тромбозы и эмболии мезентериальных артерий // Актуальные проблемы современной клинической хирургии.— Чебоксары, 1982.— С. 96—100.
3. Выренков Ю. Е., Беляев М. П. Патоморфологические изменения и уровень резекции кишечника при острой окклюзии брыжеечных сосудов // Вестн. хир.—1979.— № 6.— С. 77—81.
4. Гагарин В. В. Роль атеросклероза в развитии острого нарушения мезентериального кровообращения // Вестн. хир.—1984.— № 10.— С. 52—56.
5. Давыдов Ю. А. Диагностика, хирургическое лечение непроходимости верхней брыжеечной артерии и динамика изменений в организме при ишемии кишечника и после его реваскуляризации: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук.— М., 1976.
6. Дикштейн Е. А., Ровенская Н. М. Патоморфология и патогенез острой неокклюзионной ишемии кишечника // Вестн. хир.—1984.— № 2.— С. 131—134.
7. Покровский А. В. Заболевания аорты и ее ветвей.— М.: Медицина, 1979.— 324 с.
8. Савельев В. С., Спиридонов И. В. Острые нарушения мезентериального кровообращения.— М.: Медицина, 1979.— С. 232.
9. Hansen H. J. B., Christoffersen J. K. Occlusive mesenteric infarction // Acta chir. scand.—1976.— Suppl. 472.— P. 103—108.

10. Grendell J. H., Ockner R. K. Mesenteric vein thrombosis // Gastroenterology.—1982.— Vol. 82.— P. 358—372.

11. Jatzko G., Mayer W. C. Frühdiagnose von mesenterial-arterien verschlüssen mittels laparoskopie // Acta chir. aust.—1981.— Bd. 13, N 3.— S. 54—55.

12. Johnson P. C. Autoregulation of blood flow in the intestine // Gastroenterology.—1967.— Vol. 52.— P. 435—441.

13. Honore P., Belachew M., Honore D. L'ischémie interstinale aiguë // Rev. Med. Liege.—1982.— Vol. 37, N 21.— P. 743—747.

14. Ottinger L. W. Mesenteric ischemia // New Engl. J. Med.—1982.— Vol. 307.— P. 535—537.

15. Soegesser F., Loosli H., Robinson J. W. L., Roenspies U. Ischemic diseases of the large intestine // Int. Surg.—1981.— Vol. 66.— P. 103—117.

16. Tyler G., Clark R. A., Jacobson E. D. Nonocclusive intestinal ischemia treated with intraarterial infusion of prostaglandin E // Cardiovasc. Int. Radiol.—1982.— Vol. 5.— P. 16—19.

Поступила 20.06.90.

PROBLEMS OF DIAGNOSIS OF THE ACUTE MESENTERIAL CIRCULATORY DISTURBANCE

G. P. Shorokh, V. V. Klimovich

The authors have analysed 124 cases of the acute mesenteric circulatory disturbance. It was marked that there were difficulties in diagnosing. Active tactics with the use of urgent laparoscopy and angiography allowed to diagnose correctly in life 90,5 % of cases.

УДК 616.833 24-002-07-036.2

С. В. ВЕРЕНИЧ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА (по данным Могилевской областной больницы)

Могилевская областная больница (главный врач К. И. Баханович)

Р е ф е р а т. Приведены данные об особенностях клинических проявлений остеохондроза позвоночника у 1406 стационарных больных. На основании демографических сведений рассчитаны показатели «госпитализированной» заболеваемости, которые оказались максимальными в возрастной группе 45—49 лет. Выявлены характерные для клиники заболевания возрастнополовые особенности. Установлено, что тяжелый физический труд ведет к увеличению частоты корешковых синдромов и грыж поясничных межпозвонковых дисков.

Библиогр.: 11 назв. Табл. 4. Ил. 1.
К л ю ч е в ы е с л о в а: неврологические проявления остеохондроза позвоночника, пол, возраст, профессия, отдел позвоночника.

Неврологические проявления остеохондроза позвоночника являются широко рас-

пространенной патологией, поражающей 50—80 % трудоспособного населения экономически развитых стран и составляющей 67—95 % от всех заболеваний периферической нервной системы [1, 11]. На долю неврологических проявлений остеохондроза позвоночника приходится значительное число случаев и дней временной утраты трудоспособности, что обуславливает немалые экономические потери. Отсюда и постоянный интерес исследователей ко всем аспектам этой проблемы.

Эпидемиология неврологических проявлений остеохондроза позвоночника обычно изучается анкетированием и по данным медицинской документации (амбулаторная карта, история болезни, карта вышедшего из стационара) [4, 5, 7]. Последний способ, уступаая анкетированию по широте охвата, имеет главное преимущество — воз-

возможность точной нозологической диагностики [6]. Использование репрезентативного архивного материала позволяет выявить важные закономерности эпидемиологии и клиники изучаемого заболевания [3, 8]. Привлечение демографических данных делает анализ более конкретным, дает необходимую точку отсчета.

Целью исследования было изучение роли возрастного-половых и профессиональных факторов в клиническом полиморфизме неврологических проявлений остеохондроза позвоночника.

Материал и методы

Материалом для исследования послужили данные историй болезни 1406 больных неврологическим проявлением остеохондроза позвоночника, проходивших стационарное лечение в неврологическом отделении Могилевской областной больницы в 1984—1987 гг., что составило 33,5 % от общего числа больных, лечившихся в отделении за указанный период (4326). Выборка была сплошной. Из каждой истории болезни выкопировывались следующие данные: пол, возраст, место жительства, профессия, заключительный клинический диагноз (основной и сопутствующий), заключение рентгенологического исследования позвоночника. Основной клинический диагноз устанавливался в соответствии с Клинической классификацией заболеваний периферической нервной системы [2]. Оценка каждого случая сопутствующего заболевания производилась на основании Статистической классификации болезней IX пересмотра.

Поскольку лица трудоспособного возраста составили подавляющее большинство среди больных неврологическим проявлением остеохондроза позвоночника (86,2 %), в ряде случаев анализу подвергались лишь лица 20—59 лет. Показатели госпитализированной заболеваемости этим недугом рассчитывались на 100 000 жителей области соответствующих возрастных групп.

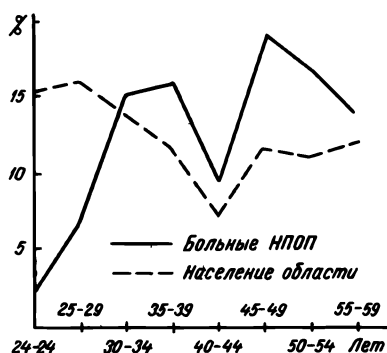
По профессиональному фактору мужчины были разделены на четыре группы в зависимости от тяжести труда и степени его неблагоприятного воздействия на позвоночник, женщины (по тем же критериям) — на две группы.

Заключения рентгенологических исследований классифицировались по трем группам: отсутствие патологических изменений, признаки остеохондроза и сочетание остеохондроза и спондилеза.

Математическая обработка производилась методами вариационной статистики, оценка достоверности различий — с помощью χ^2 и t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Из 1406 больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника мужчин было 840 (59,7 %), женщин — 566



Распределение больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника и населения Могилевской области по возрастным группам (20—59-летние лица приняты за 100%)

(40,3 %); соответствующие демографические показатели по области — 46,1 и 53,9 %. Таким образом, среди госпитализированных больных преобладали мужчины ($p < 0,001$).

В городах проживало 747 (53,1 %) больных, в сельской местности — 659 (46,9 %); данные по области — 64,7 и 35,3 % соответственно ($p < 0,001$), то есть преимущественно госпитализировались сельские жители.

По возрасту больные распределились следующим образом: мужчины 15—19 лет — 34 человека, 20—29 лет — 65, 30—39 лет — 228, 40—49 лет — 206, 50—59 лет — 228, 60—69 лет — 54, 70 лет и старше — 25 человек; женщины 15—19 лет — 5 человек, 20—29 лет — 46, 30—39 лет — 149, 40—49 лет — 141, 50—59 лет — 149, 60—69 лет — 56, 70 лет и старше — 20 человек. Более подробному анализу подвергнуты больные в возрасте 20—59 лет. Как видно из графика, относительно уменьшению числа больных 40—44-летнего возраста соответствует снижение доли этой возрастной группы и в структуре населения области. Причина, очевидно, в том, что 40—44-летние лица родились во время Великой Отечественной войны и в ближайшие после нее годы (1941—1947 гг.).

В таблице 1 представлены данные о «госпитализированной» заболеваемости неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника на 100 000 жителей области по полу и возрастным группам с 5-летним интервалом. Из таблицы следует, что самые высокие показатели «госпитализированной» заболеваемости отмечены в возрастной группе 45—49 лет у мужчин и в 50—54 года у женщин.

Результаты анализа ведущего клинического синдрома, представленные в таблице 2, свидетельствуют о том, что у мужчин рефлекторные синдромы встречались реже, а корешковые чаще, чем у женщин. Ввиду большой клинической значимости сопоставлена также частота грыж поясничных межпозвонковых дисков: эта патология ди-

Таблица 1

Показатели «госпитализированной»
заболеваемости неврологическими проявлениями
остеохондроза позвоночника
на 100 000 населения

Возрастные группы	Мужчины	Женщины	Оба пола
20—24	6,4	6,2	6,3
25—29	22,7	15,3	19,1
30—34	58,1	37,8	48,0
35—39	71,8	49,2	60,7
40—44	66,1	48,4	57,0
45—49	91,1	54,3	71,8
50—54	76,1	59,7	67,2
55—59	83,4	25,9	50,9

агностирована у $5,3 \pm 0,77$ % мужчин и у $2,5 \pm 0,66$ % женщин ($p < 0,01$).

Обращает на себя внимание относительно более частое поражение поясничного отдела позвоночника и более редкое шейного отдела у мужчин ($p < 0,001$) по сравнению с женщинами (табл. 3).

Анализ зависимости локализации пораженного отдела позвоночника от возраста и пола представлен в таблице 4. 20—39-летние мужчины характеризуются относительно более редким поражением шейного отдела; в возрастной группе 50—59-летних лиц обоего пола увеличивается доля шейного остеохондроза за счет поясничного.

Рентгенологическое исследование позвоночника производилось 1095 (77,9 %) больным. Из них в 94 (8,6 %) случаях па-

тологии не было выявлено, признаки остеохондроза определены в 670 (61,2 %) случаях, сочетание остеохондроза и деформирующего спондилеза — в 331 (30,2 %) случае. Таким образом, рентгенологически остеохондроз диагностировался у 91,4 % больных.

В структуре сопутствующей патологии у мужчин на первом месте по частоте выявлялись болезни органов пищеварения (17,1 %). Из них в 47,2 % — язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, 26,4 % — заболевания печени и желчного пузыря. На втором месте были болезни системы кровообращения (13,7 %), на третьем — органов дыхания (12,4 %), на четвертом — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (9,5 %), на пятом — нервной системы и органов чувств (8,1 %), на шестом месте болезни мочеполовой системы (4,0 %). У женщин на первом месте выявлялись болезни системы кровообращения (26,9 %), на втором — болезни органов пищеварения (18,7 %). Из них 60,4 % составляли заболевания печени и желчного пузыря. На третьем месте были болезни нервной системы и органов чувств (17,7 %), на четвертом — органов дыхания (13,3 %), на пятом — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (11,7 %), на шестом — болезни мочеполовой системы (11,0 %).

Анализу по профессиональному фактору было подвергнуто 713 мужчин, разделенных на четыре группы; представители каждой из групп характеризовались сходными по степени неблагоприятного воздействия на позвоночник условиями труда. Группам присвоен номер в порядке убы-

Таблица 2

Распределение больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (%) по ведущему клиническому синдрому ($M \pm m$)

Ведущий клинический синдром	1. Оба пола	2 Мужчины	3. Женщины	p_{2-3}
Рефлекторный	75,5	$72,5 \pm 1,54$	$80,0 \pm 1,68$	0,001
Корешковый	21,8	$24,5 \pm 1,48$	$17,7 \pm 1,60$	0,01
Корешково-сосудистый	2,7	$3,0 \pm 0,59$	$2,3 \pm 0,63$	0,05
Всего	100	100	100	

Таблица 3

Распределение больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (%) по локализации пораженного отдела позвоночника ($M \pm m$)

Пораженный отдел позвоночника	1. Оба пола	2. Мужчины	3. Женщины	p_{2-3}
Шейный	17,9	$13,9 \pm 1,19$	$23,9 \pm 1,79$	0,001
Грудной	1,3	$1,2 \pm 0,38$	$1,6 \pm 0,53$	0,05
Поясничный	73,6	$78,5 \pm 1,42$	$66,2 \pm 1,99$	0,001
Комбинированный	7,2	$6,4 \pm 0,84$	$8,3 \pm 1,16$	0,05
Всего	100	100	100	

Распределение 20—59-летних больных неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника (%) с различной локализацией пораженного отдела позвоночника по полу и возрасту ($M \pm m$)

Пол	Возрастные группы, лет	1. Все больные данного пола	2. Больные с поражением шейного отдела	p_{1-2}	3 Больные с поражением поясничного отдела	p_{1-3}
Мужчины	20—29	$8,9 \pm 1,06$	$2,0 \pm 1,39$	0,001	$10,8 \pm 1,29$	0,05
	30—39	$31,4 \pm 1,72$	$18,6 \pm 3,85$	0,01	$35,0 \pm 2,00$	0,05
	40—49	$28,3 \pm 1,67$	$32,4 \pm 4,63$	0,05	$28,3 \pm 1,88$	0,05
	50—59	$31,4 \pm 1,72$	$49,0 \pm 4,95$	0,001	$25,9 \pm 1,83$	0,05
	Всего	100	100		100	
Женщины	20—29	$9,5 \pm 1,33$	$5,0 \pm 2,00$	0,05	$11,8 \pm 1,80$	0,05
	30—39	$30,7 \pm 2,09$	$26,7 \pm 4,04$	0,05	$33,9 \pm 2,64$	0,05
	40—49	$29,1 \pm 2,06$	$27,5 \pm 4,08$	0,05	$30,4 \pm 2,56$	0,05
	50—59	$30,7 \pm 2,09$	$40,8 \pm 4,49$	0,05	$23,9 \pm 2,38$	0,05
	Всего	100	100		100	

вания степени этого воздействия. 1-ю группу составили 60 строителей, 2-ю — 209 водителей и трактористов, 3-ю — 274 рабочих и колхозников, 4-ю — 170 служащих. Из женщин было выделено две группы: в 1-ю вошли 272 работницы «легкого» труда, во 2-ю — 158 женщин, занятых тяжелым физическим трудом. Не было выявлено достоверных различий в частоте поражения отделов позвоночника разных локализаций между профессиональными группами (как мужскими, так и женскими). У женщин различий между группами не отмечено и по ведущему клиническому синдрому. В мужских группах частота рефлекторных и корешково-сосудистых синдромов оказалась близкой, однако установлено достоверное увеличение частоты корешковых синдромов от 4-й группы к 1-й: 23,5, 22,6, 31,1, 36,6 % соответственно ($p < 0,05$). Та же картина и в отношении грыж поясничных межпозвонковых дисков: 3,2, 4,4, 6,2, 13,3 % соответственно ($p < 0,05$). Полученные результаты согласуются с данными ряда исследований, согласно которым тяжелый физический труд способствует возникновению вертеброгенных заболеваний и осложняет их течение [9, 10].

ВЫВОДЫ

1. Среди трудоспособного населения Могилевской области максимальные показатели госпитализации с заболеваемостью неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника отмечены в возрастной группе 45—49 лет у мужчин и 50—54 лет — у женщин. Каждый третий больной (преобладают лица мужского пола) неврологического отделения областной больницы госпитализируется по поводу этих заболеваний.

2. Половые различия в клинике неврологических проявлений остеохондроза позвоночника заключаются в том, что корешковые синдромы у мужчин встречаются чаще, а рефлекторные реже, чем у женщин.

Для мужчин характерно также относительно более частое поражение поясничного отдела позвоночника и более редкое — шейного.

3. Основную часть сопутствующих заболеваний (более 70 %) определяют болезни органов пищеварения, системы кровообращения, органов дыхания, нервной системы и органов чувств, костно-мышечной системы и соединительной ткани. Первое место в структуре сопутствующей патологии у мужчин занимают болезни органов пищеварения, у женщин — системы кровообращения.

4. Выявлена отчетливая зависимость частоты распространенности корешковых синдромов и грыж поясничных межпозвонковых дисков у мужчин от степени неблагоприятного воздействия на позвоночник условий труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонов И. П. Вопросы классификации и формулировки диагноза заболеваний периферической нервной системы // Журн. невропатол. и психиатр.— 1984.— № 4.— С. 498—502.
2. Антонов И. П. Клиническая классификация заболеваний периферической нервной системы: Метод. рекомендации.— М., 1987.
3. Вопросы медицинской статистики / Под ред. С. Г. Резникова и В. Г. Лопушанского.— Омск, 1988.
4. Гвоздев Г. А., Бабенко А. Н., Суховерко В. В., Анаев А. А. Распространенность заболеваний периферической нервной системы и вертеброгенных заболеваний среди сельского населения и ее социально-экономическая оценка.— Ставрополь, 1987.— Ч. 1.— С. 32—38.
5. Матеша А. М., Першукевич А. В., Правиков В. Ф., Першукевич И. А. Эпидемиология поясничного остеохондроза в Гродненской области.— Гродно, 1988.— 16 с. Деп. в НПО «Союзмедицинформ», Д-17254.
6. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях.— М.: Медицина, 1986.

7. Frymoyer J. W., Pope M. H., Costanza M. C. et al. Epidemiologic studies of low back pain // Spine.— 1980.— Vol. 5, N 5.— P. 419—423.

8. Hrubec Z., Nashold B. S. Epidemiology of lumbar disc lesions in the military in World War II // Am. J. Epidemiol.— 1975.— Vol. 102, N 5.— P. 366—376.

9. Kelsey J. L. An epidemiological study of acute herniated lumbar intervertebral disc // Rheumatol. Rehabil.— 1975.— Vol. 14.— P. 144—159.

10. Lloyd M. H., Gauld S., Soutar C. A. Epidemiologic study of back pain in miners and office workers // Spine.— 1986.— Vol. 11, N 2.— P. 136—140.

11. Steinberg G. G. Epidemiology of low back pain. In: Chronic low back pain / Ed. Stanton-Hicks M., Boas R. A.— Raven Press, New York, 1982.— P. 1—13.

EPIDEMIOLOGY AND CLINICAL PECULIARITIES OF VERTEBRAL OSTEochondrosis (BASING ON THE DATA OF MOGILEV REGIONAL HOSPITAL)

S. V. Verenich

The author gives data concerning peculiarities of vertebral osteochondrosis clinical manifestation in 1406 hospitalized patients. On the basis of demographic information there were calculated indexes of „hospitalized“ sick rate, which occurred to be maximum in the age group of 45—49. There were revealed age-sexual peculiarities characteristic for the disease's clinical picture. It was stated that heavy manual labour led to the increase of the frequency of radicular syndromes and lumbar intervertebral disk hernia.

Поступила 18 05 90.

УДК 616 315.4/5-08

В. Я. ГАПАНОВИЧ

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРАПА

Кафедра оториноларингологии (заведующий — профессор В. Я. Гапанович)
Минского медицинского института

Р е ф е р а т. Для лечения храпа применялся разработанный авторами криогенный метод. Всего пролечено 226 человек. Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 5 месяцев до 4 лет. Исчезновение храпа наступило у 19,74 % больных, у 10 человек проявление храпа значительно уменьшилось. Авторы пришли к заключению, что криогенный метод лечения храпа является эффективным для лиц, у которых анатомические взаимоотношения ротоглоточного пространства приближаются к норме. Худшие результаты получены у лиц, у которых определяется выраженное сужение ротоглотки и чрезмерное предлежание мягкого неба и язычка к задней стенке глотки.

Библиогр.: 6 назв. Табл. 1.

К л ю ч е в ы е с л о в а: храп, криогенный метод, лечение, эффективность.

С 1986 года в ЛОР-клинике Минского медицинского института для лечения храпа применяется разработанный нами криогенный метод, в основе которого — струйное криовоздействие жидким азотом на небный язычок [3]. В результате наступает криодеструкция и полная эктомия небного язычка [2, 3, 4]. Для выполнения криогенного метода лечения нами разработана специальная аппаратура и инструментарий [1], изучена классификация храпа [4], уточнены патогенетические факторы храпа [5]. По нашим наблюдениям, на основе собственного фактического материала выявлены три основные причины храпа: две относятся к врожденным анатомичес-

ким особенностям ротоглоточного пространства (узость ротоглотки и предлежание мягкого неба и небного язычка к задней стенке глотки); третья причина — ослабленный тонус (гипотония) небного язычка и мягкого неба.

Лечение храпа криогенным методом в основном направлено на устранение третьей причины.

М а т е р и а л и м е т о д ы

Под наблюдением находилось 226 человек, из них мужчин 118, женщин 108. По возрасту: до 30 лет — 3 человека; 30—40 лет — 47; 40—50 лет — 70; 50—60 лет — 95; старше 60 лет — 11 человек. Пикнический тип телосложения выявлен у 188 человек (83 %), атлетический — у 32 (14 %), астенический — у 6 (2,6 %). Превышение массы тела отмечено у 189 человек (83 %), причем преимущественно у людей пикнического телосложения. По анатомической характеристике у 159 человек (70 %) преобладал дигестивный тип строения лица; у 179 человек (79 %) обнаружено выраженное сужение ротоглоточного пространства в поперечном измерении от задних небных дужек до основания небного язычка (от 1 до 0,3 см). Удлиненный небный язычок (от 2 до 3,5 см) обнаружен у 137 человек (60 %). У 181 человека (80 %) выявлено предлежание небного язычка и мягкого неба к задней стенке глотки (1,5—0,2 см), а у 13 человек (5,8 %) небный язычок и мягкое небо провисали и вплотную прилежали к задней стенке глот-