

кристин: 1,5 мг/м² – в 1-й день; дактиномицин: 1200 мкг/м² – в 1-й день; циклофосфан: 600 мг/м² – в 1–2-й дни. Интервал между курсами – 21–28 дней. Кроме того, планируется проведение лучевой терапии на всю брюшную полость до малого таза в разовой очаговой дозе 1,8 Гр и в суммарной очаговой дозе 10,8 Гр.

По данным нашей клиники, частота опухолевого тромбоза почечных вен и НПВ у детей – 2,8% от общего числа больных нефробластомой, а при III–IV стадиях – 25,2%.

Клиническая картина у детей с нефробластомой и тромбозом в НПВ чаще характеризуется макрогематурией, болями в животе, бледностью и цианозом, чем у пациентов без тромбоза. Специфические симптомы – венозная сеть брюшной стенки, интоксикация, гепатоспленомегалия и отек нижних конечностей.

Тактика лечения при нефробластоме с опухолевым тромбозом почечных вен и НПВ принципиально не отличается от таковой при III–IV стадиях нефробластомы: неоадьювантная ПХТ, оперативное вмешательство и адьювантная химиолучевая терапия. Такой лечебный подход позволяет достичь 62,8% 2- и 5-летней общей выживаемости.

В случае опухолевого тромбоза после неоадьювантной ПХТ, при флотирующем и окклюзионном тромбах для достижения радикальности оперативного вмешательства осуществляется тромбэктомия.

В нашей клинике из 46 пациентов, наблюдавшихся в связи с опухолевым тромбозом при нефробластоме с января 1980 г. по ноябрь 2009 г., были оперированы 22 ребенка в объеме нефрэктомии и тромбэктомии. У 6 пациентов в процесс была вовлечена правая почечная вена, у 5 – левая, у 7 – субпеченочный сегмент НПВ, у 4 – ретропеченочный сегмент НПВ. Значимых хирургических осложнений и летальных исходов у оперированных детей не было. Такое небольшое количество операций объясняется высокой эффективностью предоперационной ПХТ, позволяющей в 57,9% наблюдений достигнуть полной регрессии интравенозного компонента опухоли Вильмса.

Очевидно, что чем протяженнее тромбоз НПВ, тем сложнее выполнить радикальное вмешательство и выше операционный риск. Уровень специфического поражения разных отделов НПВ не влияет на выживаемость при условии радикальности операции. Из 4 пациентов с распространением тромбоза на ретропеченочный сегмент НПВ только у 2 была выполнена радикальная операция. В связи с этим, особенно при внутрисердечной локализации тромба, необходимо рассматривать возможность проведения хирургического вмешательства в условиях искусственного кровообращения [7, 10].

В НИИ КО РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН отработана уникальная хирургическая технология удаления протяженных опухолевых тромбов рака почки без искусственного кровообращения [2]. Приведенное нами наблюдение демонстрирует возможность выполнения подобных вмешательств и у детей.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

REMOVAL OF AN EXTENDED TUMOR THROMBUS OF THE INFERIOR VENA CAVA IN THE PRESENCE OF BILATERAL NEPHROBLASTOMA

A. Ryabov, Candidate of Medical Sciences; **Professor V. Polyakov**, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences; **A. Sukharev**, Candidate of Medical Sciences; **A. Kazantsev**, Candidate of Medical Sciences; **A. Volobuyev**, MD; **N. Matinyan**, Candidate of Medical Sciences; **P. Kerimov**, Candidate of Medical Sciences; **M. Rubansky**, **A. Sotnikov**, Candidate of Medical Sciences, N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper describes surgical techniques in removing extended tumor thrombi in the inferior vena cava in the presence of nephroblastoma, without applying extracorporeal circulation.

Key words: nephroblastoma, tumor thrombi.

из практики

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ЖЕНЩИН ПРИ КЛИМАКСЕ

В. Аникин, доктор медицинских наук, профессор, **О. Изварина**, Тверская государственная медицинская академия Росздрава
E-mail: propedeo_tsma@mail.ru

Знание особенностей артериальной гипертонии у женщин при климаксе позволяет своевременно диагностировать заболевание и выбрать оптимальную тактику лечения.

Ключевые слова: артериальная гипертония, климакс, суточное мониторирование ЭКГ и АД.

Климактерический период является физиологическим моментом в жизни женщины, во время которого происходят гормональная перестройка организма и переход от репродуктивной фазы к непродуктивной [2]. Женские половые гормоны, преимущественно эстрогены, не только обуславливают формирование и регуляцию менструальной и детородной функций, но и влияют на все системы организма, в том числе – на сердечно-сосудистую. В результате дефицита эстрогенов снижается их кардиопротективное действие, что приводит к нарушениям липидного и углеводного обмена, гиперкоагуляции, гиперсимпатикотонии и эндотелиальной дисфункции, а также к изменениям в психоэмоциональной сфере. В связи с этим в климактерическом периоде часто возникает артериальная гипертония (АГ), общесоматические и кардиогемодинамические проявления которой снижают как качество, так и продолжительность жизни [1, 3, 4].

Для изучения клинко-функциональных и психологических особенностей АГ при климаксе было проведено комплексное обследование 154 женщин, 118 из которых (средний возраст – 49,4±5,2 года) имели АГ I–III степени, а у 36 (средний возраст – 48,1±2,6 года) климакс протекал без АГ. Обследованные составили 4 группы: 1-я была представлена 58 женщинами с АГ в пременопаузе, 2-я – 60 с АГ в постменопаузе, 3-я и 4-я группы – лицами без АГ в пременопаузе (n=19) и постменопаузе (n=17). Женщины, помимо углубленного клинического обследования, прошли оценку выраженности климактерического синдрома (КС) с помощью общепринятого в клинической практике менопаузального индекса Куппермана (в модификации Е.В. Уваровой). Наличие и степень АГ, а также особенности нарушений сердечного ритма подтвердились при суточном мониторировании ЭКГ и АД (аппарат «Кардиотехника-04-АД» фирмы «Инкарт», Санкт-Петербург). Анализировались детали аритмического синдрома, средние значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), степень ночного снижения (СНС) АД, скорость и величина утреннего подъема АД (СУП и ВУП). Особенности вегетативного статуса изучали по результатам регистрации ритмограммы и ее временного и спектрального анализа с расчетом стандартных показателей. При исследовании психологического статуса использовались методики ЛОБИ, СМОЛ, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Симптомы КС обнаруживались у 86,4% женщин с АГ и у 63,8% – без АГ (p<0,05). Из представленных в табл. 1

данных следует, что нейровегетативные и обменно-эндокринные проявления КС оказались не только наиболее выраженными у лиц с АГ, но и заметно нарастали в постменопаузе. Характер изменений психоэмоциональных нарушений, в большей мере отражающих степень личностной дезадаптации больных, свидетельствовал о том, что переход к постменопаузе сопровождается некоторой стабилизацией психоэмоционального статуса.

Переход к постменопаузе сопровождался нарастанием степени АГ (см. рисунок). Так, в постменопаузе отмечалось почти двукратное увеличение числа лиц с АГ II степени и 3-кратное – с АГ III степени. Кроме того, установлено достоверное нарастание уровня САД в постменопаузе по сравнению с таковым в пременопаузе (с $146,4 \pm 6,3$ до $163,7 \pm 5,1$ мм рт. ст.; $p < 0,05$).

Анализ утренней динамики АД показал, что при переходе к постменопаузе у лиц с АГ достоверно нарастали ВУП (с $61,4 \pm 1,7$ до $70,1 \pm 2,3$ мм рт. ст.; $p < 0,05$) и СУП (с $11,2 \pm 1,1$ до $15,4 \pm 1,6$ мм рт. ст.; $p < 0,05$) САД. Выявленные изменения свидетельствуют о лабильности механизмов регуляции АД, что может стать причиной тяжелых цереброваскулярных осложнений. При этом средние значения ВУП САД и СУП САД превышали норму и до, и после менопаузы, что позволяет относить всех женщин с АГ независимо от фазы климакса к группе риска развития васкулярных осложнений.

Известно, что СНС АД имеет прогностическое значение. Отсутствие НС или недостаточная СНС АД являются причинами поражения органов-мишеней, а также могут привести к развитию цереброваскулярных осложнений. Как показало исследование, циркадный ритм АД оказался нарушенным у большинства обследованных. У женщин с АГ в пременопаузе достаточно часто (в 19,64% случаев) наблюдалось чрезмерное снижение САД во время сна («overdipper»). После наступления менопаузы увеличивалось число женщин с АГ, у которых САД ночью снижалось недостаточно (с 8,93 до 41,38%; $p < 0,05$).

При суточном мониторингировании ЭКГ выявлена высокая распространенность нарушений сердечного ритма (табл. 2).

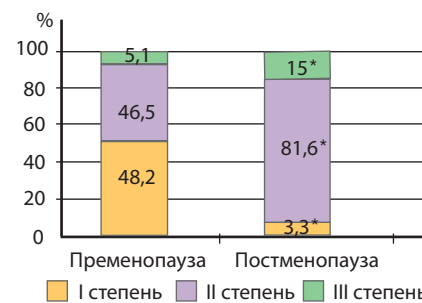
Обращало на себя внимание то, что переход к постменопаузе сопровождался достоверным нарастанием частоты ГрНЭ/С, ПНТ, ГрЖЭ/С и ПЖТ. Установлено, что у женщин с АГ в пременопаузе одинаково часто встречались аритмии 2-го (частые желудочковые экстрасистолы, более 30 в час) и 3-го (политопные желудочковые экстрасистолы) класса, а 4-го (парные и групповые экстрасистолы) и 5-го (ранние желудочковые экстрасистолы) – значительно реже. Однако при переходе к постменопаузе наблюдалось достоверное нарастание частоты прогностически неблагоприятных вариантов Э/С. Можно предположить, что у женщин с АГ прогрессирующая гипеоэстрогения приводит к утяжелению аритмического синдрома, который, возможно, имеет у данной группы больных органическую природу, являясь одним из проявлений формирующейся ишемической болезни сердца.

Для большинства женщин была характерна повышенная активность симпатической нервной системы, что подтвер-

Таблица 1
Модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) у женщин разных групп (M±m)

Нарушения	ММИ			
	женщины с АГ		женщины без АГ	
	1-я группа (пременопауза)	2-я группа (постменопауза)	3-я группа (пременопауза)	4-я группа (постменопауза)
Нейровегетативные	22,17±2,4	28,6±2,4*	18,21±2,7	24,63±2,2**
Обменно-эндокринные	10,04±1,6	15,92±2,1*	3,82±0,7*	5,4±0,5**, ***
Психо-эмоциональные	16,92±3,0	13,76±1,8	12,35±1,5	8,41±1,6**, ***
Общий балл ММИ	49,13±4,2	58,28±4,6*	34,38±3,5*	38,44±3,8**, ***

Примечание: * различия с 1-й группой достоверны; ** различия со 2-й группой достоверны; *** различия с 3-й группой достоверны; везде $p < 0,05$.



Число женщин с АГ в разные фазы климакса; * достоверность различий; $p < 0,05$

Таблица 2
Частота (в %) нарушений ритма у женщин разных групп

Характер аритмии	Женщины с АГ		Женщины без АГ	
	1-я группа; пременопауза	2-я группа; постменопауза	3-я группа; пременопауза	4-я группа; постменопауза
ОдНЭ/С	100,0	100,0	94,3	100,0
ГрНЭ/С	48,2	65,5*	21,1*	41,2**
ПНТ	17,9	36,2*	15,8	35,3
ОдЖЭ/С	85,7	96,6*	78,9	82,4
ГрЖЭ/С	19,6	62,1*	31,6	47,1
ПЖТ	14,3	56,9*	10,5	17,6**

Примечание. ОдНЭ/С – одиночная наджелудочковая экстрасистолия; ОдЖЭ/С – одиночная желудочковая экстрасистолия; ГрНЭ/С – групповая наджелудочковая экстрасистолия; ПНТ – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия; ГрЖЭ/С – групповая желудочковая экстрасистолия; ПЖТ – пароксизмы желудочковой экстрасистолии; * различия с 1-й группой достоверны; ** различия со 2-й группой достоверны; $p < 0,05$.

ждалось результатами временного и спектрального анализа ритмограмм. Преобладание симпатического влияния на регуляцию сердечной деятельности отмечалось у 84,4% женщин с АГ в пременопаузе и у 95% – в постменопаузе ($p < 0,05$). Выявленные особенности свидетельствуют о том, что вегетативное равновесие находится под влиянием тесно взаимосвязанных отклонений от нормы уровня половых гормонов и выраженности АГ.

По данным углубленного психологического исследования, в климактерическом периоде на женщин действуют разнообразные психотравмирующие факторы, влияющие на их личностные особенности и течение АГ. Наиболее часто отмечались тревожно-депрессивные расстройства, что подтверждалось повышением профилей СМОЛ по 1-й, 2-й и 7-й шкалам и значительным увеличением показателей Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. Обращала на себя внимание значительная распространенность субклинической симптоматики, особенно в постменопаузе, что может привести к несвоевременной диагностике психологических расстройств.

Таким образом, АГ у женщин в климактерическом периоде формируется на фоне снижения кардиопротективных влияний половых гормонов и сопровождается нарушением циркадного ритма АД, сдвигом вегетативного баланса с преобладанием гиперсимпатикотонии, появлением аритмического синдрома, часто протекающего латентно, а также развитием психопатологических расстройств. Выявленные особенности обуславливают необходимость дифференцированного подхода к разработке реабилитационных мероприятий у женщин с АГ при климаксе с использованием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, метаболически нейтральных β -блокаторов и в ряде случаев – психотропных средств.

Литература

1. Кобалава Ж.Д., Толкачева В.В., Морылева О.Н. Клинические особенности и лечение артериальной гипертензии у женщин // *Обзоры клинической кардиологии*. – 2006; 5: 31–40.
2. Кулаков В.И., Сметник В.П. Руководство по климактерию. – М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 685 с.
3. Подзолков В.И., Можарова Л.Г., Хомицкая Ю.В. Артериальная гипертензия у женщин с климактерическим синдромом // *Обзоры клинической кардиологии*. – 2005; 1: 12–19.
4. Stramba-Badiale M., Fox K., Priori S. Cardiovascular diseases in women: a statement from the policy conference of the European Society of Cardiology // *Eur. Heart. J.* – 2006; 27 (8): 994–1005.

THE SPECIFIC FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN MENOPAUSAL WOMEN

Professor V. Anikin, MD; O. Izvarina,

Tver State Medical Academy, Russian Agency for Health Care
The knowledge of the specific features of arterial hypertension in menopausal women makes it possible to timely diagnose the disease and to choose the optimal treatment policy.

Key words: arterial hypertension, menopause, 24-hour ECG and blood pressure monitoring.

из практики

ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСЛОЖНЕННОГО УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

В. Молочков¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Мугутдинова¹, **Е. Балюра**², кандидат медицинских наук,
¹ММА им. И.М. Сеченова, ²МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского
E-mail: vlmolochkov@yandex.ru

Представлены обоснование назначения антибиотикотерапии левофлоксацином, системной энзимотерапии препаратом Вобэнзим и беталейкином и результаты комплексного лечения ими хронического осложненного урогенитального хламидиоза.

Ключевые слова: урогенитальный хламидиоз, левофлоксацин, системная энзимотерапия, Вобэнзим, беталейкин.

В настоящее время чрезвычайно широко распространены уретрогенные инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), среди которых особое место занимает урогенитальный хламидиоз (УХ), доля которого в заболеваемости ИППП оценивается почти в 70%. Ежегодно в мире регистрируется около 90 млн больных, инфицированных *Chlamydia trachomatis*, в Европе их 10 млн, в России заболеваемость оценивается в 113–259 случаев на 100 тыс. населения [4, 5].

Обычно для УХ характерны хроническое, торпидное, осложненное течение и многоочаговость поражений, а также частая (>80%) ассоциация с другими ИППП [1, 6, 12]. Совместное действие микроорганизмов усиливает патогенность каждого возбудителя, устойчивость их к антибиотикам, способствует более тяжелому течению воспалительного процесса с формированием резистентных к противохламидийным антибиотикам персистирующих *C. trachomatis* [3, 5].

Ввиду важной роли в патогенезе хронического УХ иммунопатологических механизмов [16] с переключением иммунного ответа с Th1 на Th2, выработкой интерлейкинов (ИЛ) ИЛ6, ИЛ10, гиперпродукцией секреторных IgG и IgA, снижением выработки интерферона- γ [14], стимулирующей запуска аутоиммунных реакций и остановкой при формировании персистирующей хламидийной инфекции клеточного цикла возбудителя на стадии ретикулярных телец [3] лечение УХ должно быть комплексным: помимо этиотропных препаратов, следует применять иммуно-, ферменто-, физиотерапию и адекватное местное лечение [6, 12]. В то же время нарастание устойчивости *C. trachomatis* к противохламидийным антибиотикам и высокая частота побочных эффектов от антибиотикотерапии диктуют необходимость разработки новых, более эффективных подходов к лечению.

В связи с этим нами в комплекс лечения хронического, осложненного УХ был включен препарат системной энзимотерапии (СЭТ) Вобэнзим.

Препараты СЭТ (Вобэнзим, Флогэнзим, Вобэ-Мугос-Е) выпускаются компанией Mucos Pharma (Германия). Основным из них является препарат Вобэнзим (Mucos Pharma, GmbH, Германия; регистрационный № 011530/01 от 15.04.2005).