

ГУ «Луганский государственный медицинский
университет»

ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ГЕНЕТИКИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ

Сборник научных работ
Выпуск 5 (137)

Материалы
Республиканской научно-практической конференции
с международным участием, посвященной 30-летию
образования кафедры внутренней и семейной медицины
«Актуальные вопросы профилактики, лечения и
медицинской реабилитации в работе врача общей
практики»
1-2 декабря 2016 года

Луганск
2016

УДК 575.8:573.2:612.112.95

Главный редактор
д.м.н., проф. Я.А. Соцкая

Сборник рекомендован к печати Ученым советом ГУ «Луганский государственный медицинский университет» (протокол № 7 от 01.12.2016).

Каждая работа, представленная в сборнике, обязательно рецензируется независимыми экспертами - докторами наук, специалистами в соответствующей области медицины (биологии, иммунологии, генетики, экологии, биохимии, фармации, иммунофармакологии и др.).

ISSN 2313-1780
ISSN 2409-4617 (Online)

Свидетельство о госрегистрации KB №10276 от 12.08.2005 г.

© ГУ «Луганский государственный медицинский университет», 2016

UDC 575.8:573.2:612.112.95

Editor in Chief
prof. Ya.A. Sotska, M.D., Sci.D.

The collection of scientific articles was recommended for print by Academic Council of Lugansk State Medical University (proceeding № 7 from 01.12.2016).

Each article introduced in this collection is necessarily reviewed by independent experts - Doctors of Sciences, specialists in the applicable area of medicine (biology, immunology, genetics, ecology, biochemistry, immunofarmacology and other).

ISSN 2313-1780
ISSN 2409-4617 (Online)

© GS «Lugansk State Medical University», 2016

SE «Lugansk State Medical University»

ISSN 2313-1780

ISSN 2409-4617 (Online)

**PROBLEMS OF ECOLOGICAL
AND MEDICAL GENETICS
AND CLINICAL IMMUNOLOGY**

Volume 137, № 5

**Lugansk
2016**

Редакционная коллегия

по медицинским наукам:

- д.мед.н., с.н.с. **Г.Р. Акопян** (Львов)
д.мед.н., проф. **О.Я. Бабак** (Харьков)
д.мед.н., проф. **Д.А. Базика** (Киев)
д.мед.н., проф. **В.Г. Бебешко** (Киев)
д.мед.н., проф. **Ж.И. Возианова** (Киев)
д.мед.н., проф. **Ю.Л. Волянский** (Харьков)
д.мед.н., проф. **Н.Г. Горовенко** (Киев)
д.мед.н., проф. **Ю.А. Гриневич** (Киев)
д.мед.н., проф. **В.Е. Дриянская** (Киев)
д.мед.н., проф. **Л.Н. Иванова** (Луганск)
д.мед.н., проф. **Г.А. Игнатенко** (Донецк)
д.мед.н., проф. **В.И. Коломиец** (Луганск)
д.мед.н., проф. **И.В. Мухин** (Донецк)
д.мед.н., проф. **М.А. Пилинская** (Киев)
д.мед.н., проф. **Ю.Г. Пустовой** (Луганск)
д.мед.н., проф. **А.В. Синяченко** (Донецк)
д.мед.н., проф. **Т.А. Сиротченко** (Луганск)
д.мед.н., проф. **В.В. Симрок** (Луганск)
д.мед.н., проф. **Я.А. Соцкая** (Луганск)
д.мед.н., проф. **А.А. Чумак** (Киев)

по биологическим наукам:

- д.биол.н., проф. **Т.В. Береговая** (Киев)
д.биол.н., проф. **С.В. Демидов** (Киев)
д.биол.н., проф. **М.Е. Дзержинский** (Киев)
д.биол.н., с.н.с. **Е.А. Демина** (Киев)
д.биол.н., с.н.с. **Ж.М. Минченко** (Киев)
д.биол.н., проф. **Л.І. Остапченко** (Киев)
д.биол.н., проф. **О.Ф. Протас** (Киев)
д.биол.н., с.н.с. **М.Я. Спивак** (Киев)
д.биол.н., проф. **М.Ф. Стародуб** (Киев)
д.биол.н., проф. **Н.Ю. Таран** (Киев)
д.биол.н., проф. **С.Н. Федченко** (Луганск)

по фармацевтическим наукам:

- д.мед.н., проф. **О.Ю. Бибик** (Луганск)
д.хим.н., проф. **Г.С. Григорьева** (Киев)
д.мед.н., проф. **М.А. Мохорт** (Киев)
д.мед.н., проф. **А.И. Соловйов** (Киев)

Editorial Board

from medical science:

- H.R. Akopiyan**, M.D., Sci.D. (Lviv)
prof. **O.Ya. Babak**, M.D., Sci.D. (Kharkiv)
prof. **D.A. Bazyka**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **V.G. Bebashko**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **G.I. Vozianova**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **Yu.L. Volyanskiy**, M.D., Sci.D. (Kharkiv)
prof. **N.H. Horovenko**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **Yu.A. Grinevich**, M.D., Sci.D.
prof. **V.E. Driyanskaya**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **L.M. Ivanova**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **G.A. Ignatenko**, M.D., Sci.D. (Donetsk)
prof. **V.I. Kolomiets**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **I.V. Mukhin**, M.D., Sci.D. (Donetsk)
prof. **M.A. Pilinskaya**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **Yu.G. Pustovoy**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **O.V. Sinyachenko**, M.D., Sci.D. (Donetsk)
prof. **T.A. Sirotchenko**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **V.V. Simrok**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **Ya.A. Sotska**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **A.A. Chumak**, M.D., Sci.D. (Kiev)

from biological science:

- prof. **T.V. Beregova**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **S.V. Demidov**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **M.E. Dzerginskiy**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
E.A. Dyomina, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
J.N. Minchenko, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **L.I. Ostapchenko**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **O.F. Protas**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **M.Ja. Spivak**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **M.F. Starodub**, Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **N.Y. Taran** Biol. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **S.M. Fedchenko**, Biol. D., Sci.D. (Lugansk)

from pharmacy science:

- prof. **E.Yu. Bibik**, M.D., Sci.D. (Lugansk)
prof. **A.S. Grigoryeva**, Chem. D., Sci.D. (Kiev)
prof. **M.A. Mohort**, M.D., Sci.D. (Kiev)
prof. **A.I. Solovyov**, M.D., Sci.D. (Kiev)

ВВЕДЕНИЕ



В преддверии славного юбилея – 60-летия образования нашего Луганского государственного медицинского университета кафедра внутренней и семейной медицины отмечает свое тридцатилетие.

Взяв начало с «Поликлинической терапии» на очередном рубеже своей деятельности, кафедра гордится своей историей и смело смотрит в будущее, поскольку успех любого коллектива на-

прямую зависит от сохранения накопленных традиций и поиска новаторских подходов к решению поставленных задач.

По решению Министерства здравоохранения ЛНР 1-2 декабря 2016 года проведена Республиканская научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 30-летию создания кафедры – «Актуальные вопросы профилактики, лечения и медицинской реабилитации в работе врача общей практики».

Для участия в конференции приглашены не только врачи общей практики, но и военные врачи, терапевты, педиатры, акушер-гинекологи, фармацевты, врачи физкабинетов, медреабилитологи, интерны и студенты. В работе конференции приняли участие гости из ближнего и дальнего зарубежья: Российской Федерации, Израиля, Турции, Финляндии, США, Италии, Абхазии.

В этом номере Сборника научных трудов публикуются научные материалы конференции сотрудников и студентов нашего университета, врачей практического здравоохранения, а также ученых из других медицинских вузов.

От имени ректората университета я поздравляю кафедру внутренней и семейной медицины со славным 30-ти летним юбилеем!

Желаю коллективу кафедры творческих успехов в учебной, клинической и научной деятельности для реализации главной цели – подготовки высококвалифицированных медицинских кадров.

Ректор профессор Симрок В.В.

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ КОНФЕРЕНЦИИ

<i>Бибик В.В.</i> Состояние и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи в Луганской Народной Республике.....	12
<i>Бибик В.В., Левченко Г.Ф., Трофименко А.Н.</i> История развития кафедры внутренней и семейной медицины Луганского государственного медицинского университета.....	20

ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ

<i>Победенная Г.П., Кострюкова Л.Н.</i> К вопросу о нейтрофильном фенотипе бронхиальной астмы тяжелого течения.....	33
<i>Победенный А.Л., Сидоренко М.П.</i> Значение иммунореабилитации у больных, перенесших черепно-мозговую травму средней тяжести.....	41

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ БИОХИМИИ

<i>Агранович Н.В., Анопченко А.С., Кнышова С.А.</i> Лабораторный контроль при комплексном лечении артериальной гипертензии у пожилых пациентов.....	49
<i>Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Луговсков Е.А.</i> Динамика показателей прооксидантной и антиоксидантной систем у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством.....	57
<i>Кузовлева И.А., Соцкая Я.А.</i> Активность процессов липопероксидации у больных острыми респираторными вирусными инфекциями в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких.....	64
<i>Соцкая Я.А., Саламех К.А.</i> Патогенетическое значение нарушений со стороны системы глутатиона у больных острым тонзиллитом на фоне хронической обструктивной болезни легких.....	69

<i>Трофименко А.Н., Трофименко Е.А., Дзюбенко В.А. Изменение концентрации «средних молекул» как показатель влияния метаболически активного препарата альфа-липона у больных стеатозом печени, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне синдрома повышенной утомляемости.....</i>	75
--	----

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ И ФАРМАКОТЕРАПИИ

<i>Бибик Е.Ю., Шпилова Н.В., Шпулина О.А. Потенциальные средства фармакокоррекции алиментарного ожирения после длительного избыточного потребления пальмового масла.....</i>	82
<i>Борисенко В.В., Пеннер В.А., Василенко О.Н., Первомайская Т.В. Особенности клиники и медикаментозная коррекция гиперкинезов при тиреотоксикозе.....</i>	89
<i>Гордиенко Е.В., Макагонова В.В., Шуляка О.В. Эффективность консервативного лечения внематочной беременности метотрексатом...</i>	95
<i>Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Холина Е.А. Эффективность применения в медицинской реабилитации больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки препаратов, содержащих Гинкго двухлопастное.....</i>	100
<i>Лисовская Т.В., Захарченко Е.А. Роль гестагенов в профилактике и лечении репродуктивных потерь у женщин группы высокого инфекционного риска.....</i>	105

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

<i>Витрищак С.В., Савина Е.Л., Клименко А.К., Санина Е.В., Сичанова Е.В., Клименко К.В. Перспективные моменты в вопросах санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями дыхательной системы.....</i>	112
<i>Гаврилов И.И., Панкратьев А.А. Синдром грушевидной мышцы при коксартрозе.....</i>	120
<i>Гордиенко Е.В., Грачева Н.Е., Гусаковская О.В. Особенности диагностики и исход родов при оболочечном прикреплении сосудов пуповины.....</i>	125

Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Холина Е.А., Абашин Э.В., Баранов И.Г., Зоря А.В. Факторы риска ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста.....	131
Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Дзюбан А.С. Динамика циркадного колебания артериального давления у молодых гипертензивных больных стабильной стенокардией с сахарным диабетом 2-го типа...	136
Коробкова Е.А. Предменструальный синдром в практике семейного врача.....	144
Лебеденко А.А., Тараканова Т.Д., Козырева Т.Б., Левчин А.М., Носова Е.В. Динамические изменения параметров сердца при транзиторной ишемии миокарда в неонатальном периоде у детей раннего возраста.....	151
Малыхин Ф.Т., Тумоян А.Я., Можар В.С. Индивидуальные особенности описания одышки у больных с бронхообструктивной патологией.	160
Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Манохина О.Ю., Роенко Г.Н., Дорда М.В. Трудности диагностики туберкулеза у ребенка с ВИЧ-инфекцией (клинический случай).....	166
Сімрок В.В., Желтонозька Ю.Б. Профілактика септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій в гінекологічній практиці.....	173
Хабарова А.В., Соцкая Я.А. Дифференциальная диагностика синдрома ангины в практической деятельности семейного врача.....	182

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ

Березкина И.А., Диденко О.Н. Становление и развитие здравоохранения луганщины в конце XIX – начале XX вв.....	192
Бибик В.В., Гуриева С.И., Бибик И.В. Клинический опыт применения ранней комбинированной функциональной реабилитации в работе стоматолога общей практики.....	193
Бибик В.В., Зенина Л.В., Ковалев В.Б., Ковалева И.С. Системное моделирование диагностики, лечения и реабилитации больных легочной гипертензией при ХОЗЛ.....	195
Бибик Е.Ю., Житина И.А., Ярошевский Р.В., Ярошевская О.Г. Фармакология противозачаточных средств в практике семейного врача	196
Бибик Е.Ю., Ярошевская О. Г., Житина И.А., Некраса И.А. Современные подходы к лечению простудных заболеваний у детей в практике семейного врача.....	197

Еремин А.В., Алянова Л.Н. Взаимодействие лекарственных средств в аспекте заболеваний внутренних органов.....	200
Знагован С.Ю., Плахотник А.Н., Юсеф Ю.В. Развитие Луганской скорой помощи. Исторический аспект.....	201
Золотарёва О.В., Ступченко С.И., Панченко Л.Г. Клинический случай эффективного лечения нейродистрофического синдрома Зудека в первой фазе.....	202
Ковалев В.Б., Ковалева И.С., Зенина Л.В., Кулеш Е.А. Алгоритм подбора антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в сочетании с хронической почечной недостаточностью в амбулаторных условиях.....	205
Ковалева И.С., Ковалев В.Б. Сочетанное применение светотерапии и аэрозольтерапии при купировании острой боли в стоматологической практике.....	207
Козикова О.А. Владимир Даль – земский врач, писатель, земляк....	208
Липатникова А.С., Холина Е.А. Особенности иммунофана в комплексной терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки...	210
Луговсков А.Д. История становления земской медицины на Луганщине.....	211
Меженская Н.В., Ступченко С.И. Распространенность малой аномалии сердца как проявление дисфункции соединительной ткани у спортсменов – футболистов.....	213
Пустовая О.А., Пустовой А.Ю., Кравцова Т.П. Дифференциальная диагностика боли в спине в практике семейного врача.....	214
Рокопянская В.В., Чижевская И.Н. Гепатопротекторы в практике семейного врача.....	216
Сухоплюева Н.И. Физическая реабилитация больных, перенесших острый инфаркт миокарда.....	218
Трофименко А.Н., Трофименко Е.А., Павлова А.В. Роль применения комбинации фитопрепарата имупрет и метаболически активного препарата альфа-липона больным состеатозом печени, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом.....	219

**ПЕРЕДОВЫЕ
СТАТЬИ
КОНФЕРЕНЦИИ**

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ****В.В. Бибик***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

По определению ВОЗ, первичная медико-санитарная помощь (ПСМП) является приоритетным звеном здравоохранения, поскольку реализует самые важные принципы медицины – качество, доступность и дешевизна. Первичный уровень во всех развитых странах является базисным, поскольку оказывает около 80-90% мед-помощи или медуслуг, экономя большие ресурсы на вторичном и третичном. Например: если на лечение банальной ангины на первичном уровне государство тратит 1 р, то на вторичном это же лечение обойдется в 5-8 р, а на третичном – в 25-27 р. Позволить себе такие траты могут только страны с высоким валовым доходом [1,2].

До войны на Украине на первичном уровне оказывалось в 2 раза меньше медицинских услуг от должного (до 40 % вместо 80% в развитых странах мира).

За годы реформирования здравоохранения произошло только юридическое отделение первичного звена (созданы самостоятельные лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) – Центры ПСМП) от вторичного и третичного уровней оказания помощи.

Не был реализован второй этап реформирования – разделение финансирования здравоохранения по уровням.

Не удалось реализовать финансирование первичного уровня на душу населения.

До войны медицинская помощь в городах и селах так и не стала доступной и качественной.

Гражданская война в одночасье поломала все хорошее, что было построено в здравоохранении Луганщины. Фундамент системы первичной медико-санитарной помощи, которому предстояло стать базисом всей системы здравоохранения, был в одночасье разбит. Пострадали не только здания лечебно-профилактических учреждений, но и произошел отток специалистов (в основном за

счет миграции семей, связанной с военными действиями) в городах республики и, особенно в сельской местности.

В военное время система организации здравоохранения становится централизованной, а плановая работа по его организации на перспективу становится затруднительной. Но время идет, оно ставит перед обществом более конкретные планы. Наступила необходимость внедрения системного научно-обоснованного цивилизованного подхода к решению стратегических вопросов всех сфер народного хозяйства, которые касаются развития отрасли. Тем более, что война дала народу республики эксклюзивную возможность пересмотреть те ошибки, которые были допущены при организации здравоохранения Луганской области [3,4].

Кроме внутренних условий, есть еще одно – очень важное и определяющее. Интегрируясь в образовательное медицинское пространство Российской Федерации, наш университет взял курс на выполнение Договора о международном сотрудничестве и реализацию совместной Программы академической мобильности с Ростовским государственным медицинским университетом. Уже 3-й год подряд выпускники на протяжении учебного года периодически командированы в Ростов для ликвидации академической разницы в учебном плане на основании Федеральных государственных образовательных стандартов РФ. Ежегодно более 200 специалистов в области медицины и фармации получают дипломы международного образца Ростовского ГМУ.

Российская Федерация, начиная с 2016 года, на государственном уровне взяла курс на реформирование медицинского образования. Ростовский государственный медицинский университет уже в прошлом году выпустил студентов по новой программе. Большая часть из них успешно прошла аккредитацию (это новая форма аттестации выпускников) и стала работать врачами общей практики - семейной медицины в практическом здравоохранении Ростовской области. Тот же путь прошли выпускники всех медицинских вузов Южного федерального округа РФ, поскольку именно Ростовском государственном медицинском университете является базовым вузом по внедрению данной программы. К сожалению не все выпускники вузов России получили право работать, некоторым придется аккредитоваться в следующем году [5].

Определенный процент выпускников сдали вступительные экзамены в ординатуру и продолжили обучение в своих вузах на узких специальностях.

Стоит ли нам уже в этом году переходить на российский стандарт, или ввиду военных обстоятельств еще один год работать, как прежде? По нашему мнению, мы ни на шаг не должны отставать от системы обучения Российской Федерации.

Несмотря на имеющуюся разницу в социально-экономическом развитии между нашей молодой Республикой и Российской Федерацией, наблюдается неуклонная тенденция к интернационализации политической, экономической и социальной сферы. Это относится и к сфере здравоохранения. Предоставление гражданам Республики доступной, ориентированной на семью, комплексной медицинской помощи является фундаментом для интеграции нашего здравоохранения в Российскую, а потом и международную систему [6].

В любой стране недостатки в организации первичной медико-санитарной помощи и приоритет "узкой" специализации приводят к неоправданному использованию затратных видов медицинской помощи – амбулаторной специализированной и стационарной, нерационального использования скорой медицинской помощи. На первичную медико-санитарную помощь, где возможно начинать и заканчивать лечение до 90% пациентов, уходит лишь приблизительно 5-6% финансовых ресурсов отрасли. Это приводит к резкой несбалансированности кадрового и материально-технического потенциала первичной медико-санитарной помощи требованиям обеспечения эффективной работы и прежде всего профилактики заболеваний [7].

В мире известны факторы, стагнирующие развитие амбулаторной помощи. Это снижение масштабов финансирования здравоохранения, акцент на развитие специализированных служб, отсутствие единства мнений среди руководителей здравоохранения всех уровней. Развитие частных семейных клиник сдерживается отсутствием соответствующего законодательства, инвестиционной непривлекательностью медицинской деятельности, низким уровнем доходов большинства населения.

Мировой опыт, обобщенный в документах всемирной организации здравоохранения, свидетельствует, что одним из главных приоритетов развития национальных систем здравоохранения в условиях дефицита финансовых ресурсов, должно быть развитие первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики. Развитие общей практики направлено на решение проблем сохранения и укрепления здоровья всего населения и является одной

из самых эффективных стратегий повышения результативности системы здравоохранения в целом, а также справедливого распределения и рационального использования средств в отрасли [8].

Системные недостатки, характерные для первичной медико-санитарной помощи, обуславливают ограниченность ее роли в оказании медицинской помощи и недостаточное влияние на здоровье населения.

Таким образом, одной из главных проблем здравоохранения является нерациональная структура медицинской помощи, в которой отсутствует целостная система обеспечения населения доступной и качественной первичной медико-санитарной помощью и недостаточное использование потенциала врачей и медсестер общей практики [9,10].

Указанные проблемы требуют комплексного подхода, который возможно реализовать путем разработки и внедрения Республиканской программы развития первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики - семейной медицины на 5-10 лет.

Основными направлениями Программы должны быть меры по:

- четкому функциональному, структурному и финансово-экономическому определению ПМСП;

- созданию действенной системы управления ПМСП;

- обеспечению доступности ПМСП для населения за счет ее децентрализации в городах и развития адекватной сети учреждений ПМСП в селе;

- кадровому обеспечению (обеспечение привлекательности работы в первичном звене);

- разработке нормативно-правовой и научно-методической базы для регулирования деятельности ПМСП и ее взаимодействия с другими уровнями медицинской помощи;

- информационному и PR обеспечению развития ПМСП и внедрения общей практики - семейной медицины (ОПСМ).

Экономическое обоснование преимуществ реализации программы.

До войны в области на первичном уровне обеспечивалось предоставление 25-30% объемов медицинской помощи в городе и до 50% в сельской местности (в среднем - 40%).

Согласно мировому опыту на уровне ПМСП (при условии ее эффективной работы) должно начинаться и заканчиваться в 90% случаев предоставления медицинской помощи [11]. Стоимость обслуживания одного случая на первичном уровне в 4-9 раз меньше,

чем на вторичном и в 18-25 раз меньше, чем на третичном. Таким образом, смещение нагрузки в сторону первичной помощи обусловит увеличение ресурсного наполнения одного случая предоставления помощи на вторичном и третичном уровнях, что уменьшит дефицит ресурсов в отрасли здравоохранения в целом [12].

Очевидно, что перемещение части нагрузки и финансирования из специализированной помощи на первичную приводит к увеличению финансового наполнения отдельных случаев специализированной (вторичной и третичной) медицинской помощи в несколько раз (ориентировочно более в 4,5 раза).

Таким образом, расходы на развитие первичной медико-санитарной помощи, направлены на увеличение ее эффективности, обуславливают увеличение эффективности использования ресурсов в отрасли здравоохранения в целом, что делает возможным повышение доступности и качества медицинской помощи на всех уровнях даже без увеличения общих объемов финансирования [12,13].

При условии невмешательства в ситуацию можно прогнозировать разбалансировку управления здравоохранением как системы, обусловленную растущим несоответствием медицинских потребностей населения объемам ресурсов, которые государство в состоянии выделить на обеспечение деятельности отрасли [14,15,16].

Предложение: с целью обеспечения доступности и качества медицинской помощи всему населению Луганской Народной Республики разработать и внедрить Программу развития первичной медико-санитарной помощи на принципах общей практики - семейной медицины на 2016-2020 годы.

Для построения новой системы здравоохранения в республике необходимо оставить хорошие наработки прошлых реформ, проверенные временем и отбросить неудачные начинания. Кроме того, по нашему мнению, необходимо взять на вооружение научно-обоснованные разработки кафедр семейной медицины, кафедр организации здравоохранения Российской Федерации (в частности 1-го Московского государственного медицинского университета им. И. Сеченова). А также, исследовать наиболее удачные модели ЦСМ в Подмосковье и Ростовской области.

Выводы

1. Боевые действия на территории Луганской области, разрушив часть инфраструктуры ЛПУ и уничтожив экономические взаимос-

вязи, создали благоприятные условия для дальнейшего формирования оптимальной системы здравоохранения Республики.

2. Сложившиеся обстоятельства «оголили» ряд системных проблем прежней системы здравоохранения:

- нерациональное количество и структура Центров ПМСП;
- нерациональное использование подготовленных и переподготовленных кадров;
- нерациональное использование материальных и финансовых ресурсов в системе здравоохранения.

3. Рекомендовать Министерству здравоохранения ЛНР:

- Создать при министерстве Экспертную группу с привлечением ученых Луганского государственного медицинского университета и опытных организаторов здравоохранения для разработки научно-обоснованной Концепции здравоохранения Республики, Программы развития ПМСП, модели здравоохранения ЛНР;

- Изучить опыт Российской Федерации, других стран в отношении организации первичной медико-санитарной помощи населению;

- Сохранить имеющуюся структуру учреждений/заведений здравоохранения, приведя в соответствие со стандартами (разделение по уровням оказания медицинской помощи/услуг, оптимизация количества ЛПУ, структура, штатные должности врачей и медсестер);

- Принять административно-правовые акты, регламентирующие отдельное финансирование ПМСП в соответствии с международным принципом «на душу населения», который соответствует 25-30% от общего объема финансирования отрасли (в том числе, с привлечением негосударственных источников финансирования);

- Разработать гарантированный объем медицинской помощи, оказываемый на первичном уровне за счет госбюджета для социальных слоев населения (прививки, первичная помощь, родовспоможение, неотложная помощь, ургентная хирургия и стоматология);

- Внедрить систему «Больничных касс» для формирования дополнительных ассигнований ЛПУ республики;

- Совместно с ГУ «Луганский государственный медицинский университет» разработать план подготовки медицинских и фармацевтических кадров для системы здравоохранения ЛНР и утвердить в качестве госзаказа ЛНР;

- Создать Ассоциацию специалистов общей практики - семейной медицины ЛНР. Разработать и внедрить систему мониторинга качества и доступности медицинской помощи населению.

Литература

1. Денисов И.Н. *Общая врачебная практика (семейная медицина)* / И.Н. Денисов, Б.Л. Мовицович. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2005. - 998 с.
2. Информационные технологии в системе непрерывного профессионального развития врачей общей практики (семейных врачей) / И.Н. Денисов, А.И. Иванов, Н.В. Топчий, В.К. Дьячковский // *Материалы Российского научного форума «МедКомТех 2004»*. - М., 2004. - 148 с.
3. *Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине* / под ред. И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хайтова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001 - 1242 с.
4. Комаров Ю.М. *Врач общей практики в России: это еще утопия или уже реальность?* / Ю.М. Комаров // *Медицинский вестник*. - 1997. - № 2 (69). - С. 8-9.
5. Комаров Ю.М. *Перспективы развития общей врачебной (семейной) практики в России* / Ю.М. Комаров // *Экономика здравоохранения*. - 1997. - № 1. - С. 8-13.
6. *Концептуальная модель внедрения семейной медицины в России: методические материалы*. - М., 1995. - С. 24.
7. Кучеренко В.З. *Профилактическая деятельность семейного врача* / В.З. Кучеренко, Л.Е. Сырцова, И.В. Боброва, Н.Е. Зольникова // *Дальнейшее развитие первичной медико-санитарной помощи в России: Мат. 2-й научно-практ. конф. 30-31 мая 1995 г.* - М.: МЗ и МП РФ, НПО МСЭИ, 1995. - С. 223.
8. *Медико-организационное и ресурсное обеспечение поэтапного перехода первичного звена здравоохранения на систему общей врачебной практики: методические указания*. - М.: Минздрав РФ, МедСоцЭкономИнформ, 1996 - 29 с.
9. *Общая врачебная практика (семейная медицина)*. Т. 1,2 / Под ред. проф. С.А. Симбирцева, проф. Н.Н. Гурина. - СПб.: СПб МАПО и ЛИГА, 1996. - 1170 с.
10. *Первичная медико-санитарная помощь (нормативно-правовое обеспечение)* / под ред. И.Н. Денисова. - М.: МЦФЭР, 2004. - 575 с.
11. *Руководство по профилактической деятельности врача общей практики (семейного врача)* / Ред. А.В. Шабров, В.Г. Маймулов. - СПб: СПб ГМА им. И.И. Мечникова, 1997. - 298 с.
12. *Семейная медицина: руководство* / Под ред. проф. А.Ф. Краснова. - Самара: Самарский Дом печати, - 1994. - 382 с.
13. *Совершенствование структуры и содержания преподавания профилактической медицины: Материалы 1-й общезуз. конф., Тверь, 28-29 дек. 1998 г.* / Под ред. Б.Н. Давыдова, М.Н. Калинин. - Тверь: РИО ТГМА, 1998. - 176 с.
14. *Унифицированная программа последипломного обучения врачей по семейной медицине. Часть 1,2.* / Составители проф. И.Н. Денисов, проф. А.И. Иванов / Утверждена МЗ РФ 6.12.93 г. - М.: ВУНМЦ, 1995. - 334 с.

15. Шабров А.В. Врач общей практики и семейный врач: роль в реформе здравоохранения и высшей медицинской школы / А.В. Шабров, И.М. Акулин, Д.Б. Цыкин, К.А. Похис // Проблемы общеврачебной практики и семейной медицины в условиях реформы здравоохранения: сб. науч. трудов. – СПб., 1994. – С. 14–17.

16. Щепин О.П. Место врача общей практики и семейного врача в реформе здравоохранения / О.П. Щепин, Н.В. Дмитриева, Р.В. Коротких // Здр. Рос. Федерации. – 1993 -№ 3.– С. 5–8.

Резюме

Бибик В.В. *Состояние и перспективы развития первичной медико-санитарной помощи в Луганской Народной Республике.*

В публикации описаны предпосылки для реформирования послевоенной системы здравоохранения в молодой республике, внедряя мировой опыт развития первичной медико-санитарной помощи. Проанализированы факторы, приводящие к стагнации системы здравоохранения в целом при условии невмешательства. Даны рекомендации по синхронному реформированию отрасли параллельно с Российской Федерацией.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, амбулаторная помощь, семейная медицина, реформа здравоохранения.

Резюме

Бибик В.В. *Стан та перспективи розвитку первинної медико-санітарної допомоги в Луганській народній Республіці.*

В публікації зазначені передумови для реформування післявоєнної системи охорони здоров'я в молодій республіці, впроваджуючи світовий досвід розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Проаналізувавши фактори, які призводять до стагнації системи охорони здоров'я в цілому за умови відсутності реагування. Наведені рекомендації по синхронному реформуванню галузі паралельно з Російською Федерацією.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, амбулаторна допомога, сімейна медицина, реформа охорони здоров'я.

Summary

Bibik V.V. *State and prospects of primary health care development in the Luhansk People's Republic.*

The publication describes the prerequisites for the reformation of the post-war health care system in the young republic, introducing the world experience of the primary health care development. The factors which lead to the stagnation of the health system under the condition of non-interference have been analyzed. The recommendations for synchronous reforming of the health care system with the Russian Federation have been given.

Key words: primary health care, outpatient care, family medicine, health care reformation.

Рецензент: проф., д.мед.н. А.Д. Луговсков

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ
КАФЕДРЫ ВНУТРЕННЕЙ И СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ
ЛУГАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

В.В. Бибик, Г.Ф. Левченко, А.Н. Трофименко
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

В юбилейный год образования нашего медицинского университета кафедра внутренней и семейной медицины отмечает свое тридцатилетие. Взяв начало с «Поликлинической терапии» на очередном рубеже своей деятельности, кафедра гордится своей историей и смело смотрит в будущее, поскольку успех любого коллектива напрямую зависит от сохранения накопленных традиций и поиска новаторских подходов к решению главной задачи высшей школы – качественной подготовки высококвалифицированных специалистов.

История кафедры уходит своими корнями в 80-е годы. Новую, на то время идею разделения медицинской помощи на уровни, озвученную Заслуженным деятелем науки Российской Федерации, Академиком РАЕН, профессором Галкиным Р.А., развил молодой ректор Ворошиловградского медицинского института профессор Ковешников Владимир Георгиевич [1,2].

Действительно, узкоспециализированная медицина в СССР в те годы была хорошо обеспечена, но отечественные ученые, организаторы здравоохранения, вдохновленные успешным сталинским принципом разделения труда, искали новейшие экономически выгодные принципы организации оказания медицинской помощи населению в условиях экономии финансовых средств. По свидетельствам очевидцев на Всесоюзной Алмаатинской конференции работников советского здравоохранения в 1984 году было впервые предложено разделить первичное, вторичное и третичное звенья оказания медицинской помощи. Данная модель предоставляла возможность расширения полномочий врача на амбулаторном этапе, что в свою очередь снижает нагрузку на вторичный уровень – стационар и, тем более, на третичный – узкоспециализированный.



Профессор Ковешников Владимир Георгиевич, который приехал в 1984 году из Тернопольского медицинского института в город Ворошиловград и вскоре стал ректором нашего института, был очень прозорливым человеком. Среди множества талантов он имел один из самых важных – безошибочно подбирать кадры, основываясь на интуиции. Сориентировавшись в новых стратегиях того времени, он лично прибыл в Москву в Министерство здравоохранения Советского Союза и предложил выделить отдельное направление в подготовке врачей – поликлиническую терапию. Это предложение получило одобрение авторитетных корифеев всей советской медицины.

На самом высоком уровне Министерством здравоохранения СССР в декабре 1986 года было принято новаторское решение – открыть в Ворошиловграде кафедру «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ». Поскольку первой в Советском Союзе подобную кафедру открыли в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.С. Сеченова, наша кафедра стала второй. Но в Украинской ССР наша Alma mater стала первой, кто на «додипломном» уровне стал обучать студентов особенностям оказания первичной медицинской помощи [2].

Для беседы с ректором вначале была приглашена Левченко Г.Ф., у которой был 17-летний опыт работы в практическом здравоохранении: участковый врач, главный врач, начмед областного тубдиспансера. К моменту этой беседы она, защитив кандидатскую диссертацию в практическом здравоохранении, уже 5 лет работала в вузе преподавателем, а к 1986 году имела звание доцента кафедры внутренних болезней. После стажировки на кафедре поликлинической терапии Первого Московского медицинского университета им. И.С. Сеченова, которой на то время заведовал профессор Галкин Р.А., Владимир Георгиевич предложил ей возглавить кафедру и подобрать коллектив педагогов из числа врачей практического здравоохранения. Для беседы с ректором Галина Федоровна пригласила Дорогову Н.В. – участкового терапевта 10 поликлиники, Батарчукова А.В. – врача-аллерголога областной больницы, Трофименко А.Н. – врача и общественного работника (он долгое время возглавлял студенческий профком ЛГМУ). Врачей Афанасьевского С.Г. из Старобельской ЦРБ и Салиенко Н.Н. из поликлиники №10 г.Луганска ректор предложил сам. На должность доцента кафедры была приглашена Дядичева Т.А. – ассистент кафедры внутренних болезней.

Это была первая плеяда энтузиастов, осуществляющих совершенно новое направление в педагогическом процессе. Кроме Левченко Г.Ф. и Дядичевой Т.А. все были «неостепененные», имеющие незначительное представление об особенностях педагогического процесса. И, тем не менее, они справились с написанием учебной программы, методической документации по предмету и педпроцессом в целом (все методические разработки были написаны в течение первых 4 месяцев работы).

Работали все самоотверженно. Блестящий методический материал был оформлен типографским способом в виде двух сборников. Инициативу в оформлении проявили преподаватели Салиенко Н.Н. и Дорохова Н.В. – молодые, энергичные, они проводили яркие запоминающиеся занятия, но, к сожалению, не успели с выполнением кандидатской диссертации и через пять лет ушли вновь в практическое здравоохранение. Первыми преподавателями были совместители: главные врачи поликлиник Галинкин В.И. и Каморный А.М., врачи скорой помощи. Это позволило детально и конкретно обучать методикам скорой неотложной помощи на догоспитальном этапе. Преподаватели Трофименко А.Н., Батарчуков А.В., Афанасьевский С.Г. успешно начали выполнять научную работу над кандидатскими диссертациями. Доц. Дядичева Т.А. вскоре уехала в заграничную командировку на Мадагаскар. На ее место, на кафедру был приглашен ассистент Клодченко Н.Н., который достаточно быстро получил звание доцента. Блестящий эндоскопист, профессионал своего дела, и, к тому же, был отличным преподавателем.

Базами кафедры сразу же стали три городских поликлиники №№10, 11 и 12. Основной базой была поликлиника № 12 (главный врач - Галинкин В.И.) были выделены учебные комнаты, для чтения лекций предоставлялся актовзый зал поликлиники.

С целью обмена опытом на кафедру приезжали руководители кафедр внутренней медицины и поликлинической терапии со всех вузов Украины, в том числе, из Киевского медицинского университета им. И.И. Богомольца. Кафедра поликлинической терапии ЛГМУ охотно делилась методическими материалами безвозмездно и бескорыстно. В первые пять лет были разработаны оригинальные методические приемы. Работа студентов в кабинете участкового терапевта на приеме, посещение больных на дому самостоятельно или с преподавателями [3,4,5].

С начала работы кафедры стали проводиться очень интересные студенческие клинические конференции, врачебный консилиум. В качестве основных докладчиков состояния больного были студенты одной группы 6-го курса, оппоненты - студенты другой группы. Для клинического разбора преподавателями вместе со студентами подбирались реальные больные с неуточненным диагнозом или неэффективным лечением. Конференции проводились ежемесячно. Во время конференций преподаватели были только слушателями и лишь в конце давали оценку и свое резюме. Это можно было назвать «деловой игрой», максимально приближенной к реальной жизни.

С тех времен запомнились уникальные интересные клинические случаи: один из пациентов наблюдался по поводу злокачественной опухоли мозга, а в результате нашего консилиума и грамотной дифференциальной диагностики был подтверждён диагноз посттравматической гематомы. Пациентка, болеющая шизофренией с синдромом барона Мюнхгаузена, до студенческого разбора наблюдалась по поводу системной красной волчанки. В результате предварительный ошибочный диагноз СКВ был снят, больная успешно завершила лечение в психбольнице. У больной с длительной артериальной гипертензией на студенческой конференции была диагностирована болезнь Кона - альдостерома надпочечников.

В это же время, кроме выполнения кандидатских диссертаций, на кафедре выполнялась коллективная научно-исследовательская работа по педагогике «Алгоритм подготовки семейного врача». Итогом этой работы был выпуск двух монографий: «Семейная медицина» и «Медсестринство в семейной медицине». Работа «Медсестринство в семейной медицине» выполнена в соавторстве с проф. Зарембой М.Х. - это были первые учебные пособия по семейной медицине в Украине [5].

Кроме этой научной работы работниками кафедры была выполнена хоздоговорная НИР «Раннее выявление гипертонической болезни на предприятии электронной промышленности в г. Северодонецке». Работа выполнялась вместе с сотрудниками НИИ геронтологии г. Киева. По данным этой НИР было опубликовано 15 статей в научных журналах. В это же время кафедра нашего вуза стала опорной кафедрой поликлинической терапии среди украинских вузов.

В 1991 году пришел новый заведующий кафедрой, защитивший к тому времени докторскую диссертацию - профессор С.И.Шельгин.

Научная работа еще более активизировалась. Успешно защитили кандидатские диссертации Трофименко А.Н., Афанасьевский С.Г., Батарчуков А.В. аспирант Чалая С.И. и другие. Оживилась работа кафедры как опорной по республике. Проводились республиканские и международные конференции, ежегодно издавались сборники с тезисами докладов научных работ. На кафедре появились новые яркие преподаватели: Карецкая И.Г., Кулагина Г.А., в то время на кафедру пришел ассистент к.мед.н. Пашенко В.Г. уже тогда имеющий звание заслуженного рационализатора Украины, имеющий много наград по изобретательской и рационализаторской деятельности. За годы работы в копилку кафедры он внес 15 изобретений и 42 предложения по различным методикам реабилитации пациентов с бронхолегочными и кардиологическими заболеваниями.

Создание нового Центра семейной медицины нашего университета тесно связано с именами ректора профессора Ковешникова В.Г., который огромное внимание уделял не только строительству новых учебных корпусов, но и капитальному ремонту старых. На базе морфологического корпуса по улице Шелкового, 2а на месте Центральной научно-исследовательской лаборатории 1 сентября 2003 года состоялось торжественное открытие Центра, основой которого стала Кафедры семейной медицины факультета последипломного образования. Ее в то время возглавил д.мед.н. профессор Бурмак Ю.Г., а в 2010 году она была реорганизована в кафедру внутренней и семейной медицины.

Новейшая история развития кафедры берет свое начало с 2014-2015 учебного года. К большому сожалению, гражданская война в Украине не дала возможности реализовать потенциальные возможности и далеко идущие планы не только сотрудников кафедры, но и университета в целом. В связи с обстрелом города Луганска ректоратом было принято решение 5 июня 2014 года прервать учебный год, не доучившись ровно две недели. Большинство сотрудников взяли тарифные отпуска и уехали из города, часть осталась на своих рабочих местах и делала все, чтобы сохранить вуз.

В течение самых «жарких» боевых действий июля-сентября месяцев дежурные смены находились в университете, в частности в Центре семейной медицины. Было организовано: охрана учебных корпусов и общежитий, сохранность имущества, получение и выдача гуманитарной помощи малообеспеченным, налажено сотрудничество с Комендатурой, добровольные субботники по уборке территории университета.

После «затянувшихся» отпусков и каникул в свой родной вуз смогли вернуться 78% преподавателей и более 70% отечественных студентов. В течение боевых действий университет находился на линии огня в 5 км от широко известного аэропорта, из которого обстреливали наш город нацгвардейцы и батальоны «правого сектора». За полтора месяца наш вуз получил 6 прямых попаданий из установок залпового огня и минометов диверсионных групп, в одном из корпусов разбита крыша, в учебном корпусе, трех общежитиях и учебной аптеке пострадали несущие стены. Кроме того, всего разбито 680 окон (в т.ч. большие витражные) общей площадью около 4000 кв.м.

Центр семейной медицины и другие базы кафедры практически не пострадали. Сила духа и патриотизм позволили убрать территорию университета и отремонтировать некоторые повреждения. Начиная с 6 октября 2014 года, вуз продолжил работу и учебу студентов в боевых условиях. Был проведен конкурс на замещение вакантных должностей ректора, деканов, заведующих кафедрами.

На сегодняшний день, кафедру возглавляет проректор по научно-педагогической работе, к.мед.н. доцент Библик Валерий Васильевич. Кафедра проводит подготовку студентов 3-6 курсов по образовательным программам Федерального государственного образовательного стандарта Российской Федерации по внутренним болезням, поликлинической терапии, семейной медицине, медицинской реабилитации. Кроме того, кафедра проводит стажировку и подготовку врачей по программам первичной, вторичной специализации и предаттестационные циклы по специальности «Общая практика - семейная медицина», курсы повышения квалификации преподавателей медицинского колледжа «Современные аспекты обучения в медицине», а также тематическое усовершенствование врачей по актуальным вопросам внутренней медицины.

Основной базой кафедры является Научно-практический учебно-методический центр семейной медицины, расположенный по ул. Шелкового, 2а. Центр имеет достаточное количество учебных комнат, лекционную аудиторию, конференц-зал, компьютерный класс. Как в Центре, так и на клинических базах, находящихся в ведущих лечебно-профилактических учреждениях г. Луганска, на протяжении многих лет преподаватели выполняют клиническую работу. Начиная с 2015 года, договор о сотрудничестве был подписан с руководителями Луганского республиканского госпиталя ве-

теранов войны, Луганской республиканской больницы, Луганской многопрофильной больницей №7, поликлиникой №10 и 12.

За годы существования кафедрой семейной медицины подготовлено около 700 врачей по специальности «Общая практика - семейная медицина», более 250 врачей прошло вторичную специализацию по специальности «Общая практика - семейная медицина». На кафедре открыто обучение врачей в аспирантуре, магистратуре и клинической ординатуре по специальности «Терапия» и «Общая практика - семейная медицина».

К достижениям коллектива кафедры относится подготовка значительного количества методических материалов для врачей, преподавателей, базовых руководителей интернатуры, методические материалы по вопросам внедрения общей практики - семейной медицины в систему здравоохранения. Главным направлением научной работы кафедры является оптимизация программ профилактики, лечения и реабилитации у больных с коморбидными заболеваниями внутренних органов.

Сотрудниками кафедры подготовлено около 60 рацпредложений, получено 7 патентов на изобретение. С 2004 года темой научно-исследовательской работы кафедры стала: «Оптимизация программ лечения, реабилитации и профилактики больных с заболеваниями внутренних органов на стационарном и амбулаторном этапе», а с 2006 года - «Клинико-патогенетические особенности течения заболеваний внутренних органов и наличием синдрома взаимного отягощения, пути оптимизации лечения и профилактики».

На кафедре защищены многие диссертации, к защите готовятся новые научные работы. В течение последних 5 лет сотрудники кафедры активно участвуют в международных исследованиях по клиническим протоколам, научных пленумах, конференциях, конгрессах, международных школах, симпозиумах. Кроме того, сотрудниками кафедры постоянно оказывается квалифицированная консультативно-лечебная помощь в практической деятельности учреждений здравоохранения ЛНР.

В настоящее время кафедрой заведует проректор по научно-педагогической работе университета, доцент Библик В.В.. На кафедре работают: кандидаты медицинских наук доценты Зенина Л.В., Левченко Г.Ф., Ковалев В.Б., Трофименко А.Н., Сухоплюева Н.И., Ковалева И.С., Ступченко С.И., Рокотьянская В.В., ассистент Ермоленко А.В., старшие лаборанты Романчук С.В., Меденцев Е.Ю., Дьяконихина К.В.

В рамках подготовки к юбилею кафедры создан официальный сайт кафедры www.semeynyidoktor.ru, который является доступным и полезным для посетителей. Сайт интегрирован с университетским – www.lgmu.ru, на его страницах содержится информация обо всех направлениях деятельности кафедры, нашего вуза, текущие документы Министерства здравоохранения ЛНР. Редакция сайта взяла курс на тесное сотрудничество с коллегами, преподавателями, врачами, интернами, студентами и со всеми, кто заинтересован в IT-коммуникациях в сфере медицины и рассчитывает на обратную связь.

В преддверии славного юбилея было принято решение о проведении 1-2 декабря 2016 года Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию создания кафедры – «Актуальные вопросы профилактики, лечения и медицинской реабилитации в работе врача общей практики». Для участия в конференции приглашены не только врачи общей практики, но и военные врачи, терапевты, педиатры, акушер-гинекологи, фармацевты, врачи физкабинетов, медреабилитологи, интерны и студенты. В рамках конференции приглашены гости из ближнего и дальнего зарубежья, откликнулись ученые из Российской Федерации, Израиля, Турции, Финляндии, Италии, Абхазии. Открывается учебный реабилитационный ишпоцентр для восстановления здоровья детей с нарушением мозгового кровообращения, снят видеофильм о кафедре. Готовится специальный выпуск Сборника научных трудов с публикацией научных материалов конференции.

После завершения научно-практической конференции кафедра планирует развивать более тесное сотрудничество с вузами России и других стран мира. Интегрируясь в образовательное пространство Российской Федерации нельзя ни на шаг отставать от международных стандартов медицинского образования.

На очередном рубеже своего развития коллектив кафедры планирует создание Ассоциации специалистов общей практики - семейной медицины ЛНР, создание Электронного научно-практического журнала, посвященного актуальным вопросам общей врачебной практики, Медицинского дайджеста (периодического издания для практикующих врачей) [1,6].

Основная задача кафедры на очередной период – подготовка грамотных высококвалифицированных специалистов для первичного звена оказания медико-санитарной помощи, внедрение в

систему здравоохранения ЛНР общепризнанных международных принципов развития общей практики - семейной медицины в качестве базиса для строительства научно-обоснованной мощной модели охраны здоровья молодой Республики [7].

Литература

1. Володин Н.Н, Медицинское образование на рубеже веков / Н.Н. Володин, В.С. Шухов // *Лечащий врач*. – 2000. - № 4. - С. 68–70.
2. Галкин Р.А. Организация общей врачебной практики / Р.А. Галкин, Peter Toon, А.В. Иванова, Б.Л. Мовшович. – Самара: Самарский Дом печати, 1997. – 282 с.
3. Государственный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности 040110 – общая врачебная практика (семейная медицина) // Разработчики проф. И.Н. Денисов, проф. А.И. Иванов, доц. Л.А. Берестов ; Утвержден МЗ РФ 25 августа 2000 г. – М.: АЛЬБА, 2000. – 152 с.
4. Губачев Ю.М. Семейная медицина в России / Ю.М. Губачев. - Санкт-Петербург, 1998. - Книга 1. - 86 с.
5. Давыдов Б.Н. Концепция семейной медицины. Основные положения, организационные вопросы, принципы преподавания / Б.Н. Давыдов, Л.В. Шпак. – Тверь: Новинтех-Пресс, 1998. – 276 с.
6. Организация и методика преподавания семейной медицины: Методическое обеспечение тематического цикла / И.Н. Денисов, Б.Н. Давыдов, А.И. Иванов, В.Ф. Виноградов. – Тверь: Губернская медицина, 2000. – 96 с.
7. Официальный сайт Луганского государственного медицинского университета - www.lgti.ru

Резюме

Бибик В.В., Левченко Г.Ф., Трофименко А.Н История развития кафедры внутренней и семейной медицины Луганского государственного медицинского университета.

Изучена тридцатилетняя история развития кафедры внутренней и семейной медицины с точки зрения истории становления учебно-методического, научно-исследовательского и клинического направлений ее деятельности. Проведена параллель с реорганизацией системы советского здравоохранения в сторону развития первичной медико-санитарной помощи и амбулаторного звена, впервые озвученного на Алмаатинской конференции работников здравоохранения СССР.

Ключевые слова: история кафедры внутренней и семейной медицины, ЛГМУ, поликлиническая терапия, профессор Галкин Р.В., профессор Ковешников В.Г.

Резюме

Бибик В.В., Левченко Г.Ф., Трофименко О.М. *Історія розвитку кафедри внутрішньої та сімейної медицини Луганського державного медичного університету.*

Вивчена тридцятирічна історія розвитку кафедри внутрішньої та сімейної медицини з точки зору становлення навчально-методичного, науково-дослідного, та клінічного напрямків її діяльності. Проведено паралель з реорганізацією радянської системи охорони здоров'я у напрямку розвитку первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторної ланки, яка була вперше оприлюднена на Алмаатинській конференції працівників охорони здоров'я СРСР.

Ключові слова: історія кафедри внутрішньої та сімейної медицини, ЛДМУ, поліклінічна терапія, професор Галкін Р.В., професор Ковешніков В.Г.

Summary

Bibik V.V., Levchenko G.F., Trofimenko A.N. *The history of the internal and family medicine department's development of Luhansk State Medical University.*

The thirty-year history of the internal and family medicine department's development with a view to the history of the formation of methodical, research and clinical areas of its activity has been studied. The parallel with the reorganization of the Soviet health care system has been drawn toward the development of primary health care and outpatient care, mentioned at the Alma-Ata Conference of the USSR health care workers at the first time.

Key words: history of the internal and family medicine department, LSMU, poly-clinic therapy, professor Galkin R.V., professor Koveshnikov V.G.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.В. Симрок

**ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ
И КЛИНИЧЕСКАЯ
ИММУНОЛОГИЯ И
ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИЯ**

**К ВОПРОСУ О НЕЙТРОФИЛЬНОМ ФЕНОТИПЕ
БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ****Г.П. Победенная, Л.Н. Кострюкова***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,**ГУ «Луганская городская поликлиника № 12»***Введение**

Значительная распространенность бронхиальной астмы (БА), трудности достижения астма-контроля, возрастание числа больных с тяжелыми формами заболевания обуславливают пристальное внимание к нему исследователей [7].

Несмотря на углубление представлений об этиологии и патогенезе БА, разработку и широкое внедрение современных методов, схем и средств лечения, уровень достижения контроля над заболеванием продолжает оставаться низким [11]. Одной из причин неудач в терапии заболевания является недостаточное внимание к особенностям формирования различных фенотипов БА и к разработке индивидуализированного лечения. В настоящее время выделяют эозинофильный фенотип заболевания [1], фенотип с дисплазией соединительной ткани [5], фенотипом БА с ожирением.

Наряду с эозинофильным воспалением при тяжелой персистирующей БА часто наблюдается нейтрофильный тип воспаления в трахеобронхиальном дереве (ТБД), что позволяет допустить мысль о формировании нейтрофильного фенотипа заболевания. Но механизмы и причины его формирования именно при тяжелом течении БА требуют выяснения. Известно, что при тяжелой БА в сыворотке крови больных существенно возрастает содержание интерлейкина (IL)-8 [9, 12]. Этот цитокин является продуктом активированных эпителиальных клеток [13], нейтрофилов и их хемоаттрактантом [10]. Активированные нейтрофилы способны производить лейкотриен V_4 , который усиливает бронхоконстрикторное действие других лейкотриенов, что способствует появлению повторяющихся длительных приступов удушья и утяжелению течения БА [2]. Однако, почему именно нейтрофильный вариант воспаления и повышение содержания IL-8 связывают с тяжелым

течением БА? Почему при нем базисные средства не всегда способствуют достижению полного контроля над заболеванием?

Изучение механизмов формирования нейтрофильного фенотипа БА позволит не только углубить представление о заболевании, но и поможет определить направления его эффективного лечения.

Цель исследования – изучить патогенетические механизмы формирования нейтрофильного фенотипа тяжелой БА.

Материал и методы исследования

Исследованию подлежали 123 больных БА в среднем возрасте ($37,5 \pm 2,9$) лет, среди них женщин было 68 (55,3 %), мужчин – 55 (44,7 %). Диагноз БА и вариант терапии устанавливались согласно рекомендациям приказа МЗ Украины № 128 от 19.03.2007 г. У 52 пациентов было диагностировано легкое течение БА, у 30 больных – среднетяжелое и у 41 человека – тяжелое течение заболевания. Объем обследования больных включал общеклинические и биохимические методы исследования сыворотки крови, мокроты, фибробронхоскопическое исследование. В конденсате влаги выдохнутого воздуха (КВВВ) больных исследовались общая оксидантная активность (ООА) и общая антиоксидантная активность (ОАА) [4]. В сыворотке крови и КВВВ определялся IL-8 методом иммуноферментного анализа с использованием реактивов, разработанных ООО «Цитокин» (Россия, г. Санкт-Петербург).

Изучение фагоцитарной активности моноцитов проводилось чашковым методом [8] с анализом фагоцитарного числа (ФЧ) и фагоцитарного индекса (ФИ). Для разработки референтной нормы было исследовано 30 практически здоровых лиц такого же возраста и пола.

Полученные результаты и их обсуждение

Обострения БА у исследованных больных вызывали различные факторы. Причинами обострений болезни у больных с легким персистирующим течением заболевания чаще всего были контакт с причинно-значимым аллергеном, а у больных с тяжелым течением – физическая нагрузка, изменение погоды и перенесенные накануне острые респираторные вирусные инфекции.

Количество обострений заболевания у пациентов значительно возрастала с увеличением степени тяжести заболевания. У больных с легким течением БА она равнялась ($1,2 \pm 0,5$) раза в год, среднетяжелым – ($2,3 \pm 0,4$), тяжелым – ($4,2 \pm 0,7$), $P < 0,05$ при сравнении с больными с легким течением. Однако, у больных со среднетяжелыми и тяжелым течением БА ежегодно име-

ли место дополнительные эпизоды усиления объема терапии при предполагаемых ими обострениях заболевания. У больных со среднетяжелым течением БА количество таких эпизодов составляла $(2,0 \pm 0,3)$ случаев в год продолжительностью 3-7 дней, у пациентов с тяжелым – $(4,1 \pm 0,7)$ случаев продолжительностью 7-10 дней ежегодно.

У больных с легким течением БА в гемограмме и мокроте преимущественно отмечалась эозинофилия – у 41 (82,7 %) случаях, ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) была диагностирована у незначительного количества больных – 4 (7,7 %). У больных со среднетяжелым течением заболевания в гемограмме эозинофилия имела место в 11 случаях (36,7 %), ускорение СОЭ выявлено у 13 пациентов (43,3 %), увеличенное содержание лейкоцитов – у 4 человек (13,3 %), острофазовые реакции были повышенными у 8 пациентов (26,7 %). При микроскопическом исследовании мокроты у 25 больных (83,3 %), которые ее выделяли, у 16 (64,0 %) в мокроте выявлялись эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана, у 9 больных (36,0 %) наряду с эозинофилами в мокроте встречались нейтрофилы.

У пациентов с тяжелым течением БА изменения воспалительного характера в гемограмме в виде лейкоцитоза и ускорения СОЭ отмечались в 2/3 случаев. В анализах мокроты преимущественно эозинофилия имела место у трети больных, преимущественно нейтрофилия – более, чем у половины пациентов – у 25 (60,9 %).

При фибробронхоскопическом исследовании у больных с легким течением БА диагностировался катаральный эндобронхит в 48 случаях (92,3 %): ограниченный – в 39 (81,3 %) и диффузный – у 9 пациентов (18,7 %). Из 25 обследованных пациентов со среднетяжелым течением заболевания катаральный эндобронхит был выявлен у 18 (72,0 %) пациентов: у 12 – ограниченный и у 4 – диффузный; а катарально-гнойный эндобронхит имел место у 2 больных. У 26 обследованных больных с тяжелым течением БА диффузный катаральный эндобронхит встречался в 8 случаях, а катарально-гнойный эндобронхит – у 18 пациентов. Следовательно, у больных БА с ростом степени тяжести заболевания нарастала и выраженность воспалительных изменений в ТБД и крови.

При исследовании КВВВ больных с легким течением БА в период обострения выявлено, что до начала лечения ООА равнялась $(1,1 \pm 0,2)$ % и была почти в 10 раз выше ($p < 0,05$) референтной нормы, ОАА в КВВВ этих больных превышала таковую у здоровых лиц на 16 % и составляла $(9,4 \pm 0,6)$ %. После курса терапии ООА уменьшилась,

но осталась повышенной при сравнении с аналогичной у здоровых лиц. ОАА в КВВВ больных с легким течением БА имела лишь тенденцию к повышению. У больных со среднетяжелым течением БА на фоне обострения болезни ООА превышала референтную норму, в среднем, в 94,0 раза, а ОАА – в 1,5 раза и составляли, соответственно, $(9,4 \pm 0,8)$ % и $(11,8 \pm 1,3)$ %. После курса лечения у этих больных ООА и ОАА имели тенденцию к снижению, но продолжали быть достоверно выше показателей здоровых лиц. У больных с тяжелым течением заболевания ООА в КВВВ при поступлении в стационар была выше аналогичного показателя здоровых лиц, в среднем, в 160,0 раз, а ОАА – в 1,6 раза. После лечения ООА и ОАА незначительно уменьшились, оставаясь значительно выше референтной нормы. Преобладание процессов перекисидации липидов в КВВВ над активностью антиоксидантной защиты (АОЗ) свидетельствовало о сохранении окислительного стресса в ТБД больных БА на фоне лечения и необходимости подбора дополнительных лечебных средств для его устранения.

Показатель ИЛ-8 в сыворотке крови больных с легким течением БА наблюдался несколько повышенным в период обострения болезни и восстанавливался до нормы после лечения. В сыворотке крови больных со среднетяжелым течением БА уровень ИЛ-8 достоверно превышал таковой у здоровых лиц в 1,9 раза, а после лечения имел тенденцию к снижению и равнялся $(12,1 \pm 1,3)$ пг/мл. У пациентов с тяжелым течением заболевания уровень ИЛ-8 в сыворотке крови также был повышенным по сравнению со здоровыми лицами и достигал $(17,9 \pm 1,3)$ пг/мл. После лечения произошло снижение ИЛ-8 до $(14,6 \pm 1,0)$ пг/мл, но его концентрация осталась достоверно выше аналогичной у здоровых лиц.

В КВВВ больных с легким течением БА показатель ИЛ-8 был незначительно повышенным в период обострения болезни и восстанавливался до нормы после лечения. В КВВВ больных со среднетяжелым течением БА при поступлении в стационар уровень ИЛ-8 составил $(17,5 \pm 1,6)$ пг/мл, после лечения остался повышенным, при этом имел тенденцию к снижению. В КВВВ пациентов с тяжелым течением заболевания также отмечался повышенный уровень ИЛ-8, причем более значительный, чем в сыворотке крови – $(21,8 \pm 2,6)$ пг/мл. Более высокие концентрации ИЛ-8 в КВВВ при сравнении с его концентрацией в сыворотке крови больных, очевидно, характеризуют большую выраженность местной воспалительной реакции над системной. Это может свидетельствовать о высокой местной и системной концентрации медиаторов воспаления, в частности, лейкотриенов, которые являются стимуляторами секре-

ции IL-8 нейтрофилами, моноцитами, эозинофилами, лимфоцитами, клетками эпителия бронхов и т. п. После лечения уровень IL-8 у этих больных в КВВВ снизился, но остался выше показателя здоровых лиц, что, очевидно, способствовало сохранению инфильтрации бронхиальной стенки нейтрофилами и воспаления в ТБД, а также создавало предпосылки для персистирования воспалительного процесса.

У больных с легким течением БА в период обострения болезни отмечалась тенденция к повышению ФЧ и ФИ моноцитов. При этом у пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания имело место достоверное угнетение фагоцитарной активности моноцитов, что выражалось в снижении показателя ФЧ до $(2,32 \pm 0,12)$ условных единиц (у.е.) и до $(1,70 \pm 0,09)$ у.е. соответственно ($p < 0,05$). ФИ был также достоверно сниженным у больных со среднетяжелым и тяжелым течением БА по сравнению с нормой соответственно, в среднем, в 1,5 и 2,5 раза и равнялся $(19,3 \pm 1,30)$ % и $(11,30 \pm 0,60)$ %. После лечения с помощью базисных препаратов у пациентов со среднетяжелым течением заболевания ФЧ и ФИ восстанавливались до референтных значений, причем ФИ достоверно возрос, в среднем, на 32,6 % от исходного. В конце курса лечения у больных с тяжелым течением БА тоже отметился рост ФЧ и ФИ от исходного ($p < 0,05$), соответственно, до $(2,19 \pm 0,21)$ и $(19,70 \pm 1,80)$ %, но ни один из показателей не достиг референтной нормы. Это, очевидно, было следствием глубоких метаболических нарушений в цитоплазме и мембранах моноцитов, что привело к значительному снижению их фагоцитарной активности.

При определении корреляционных связей между показателями фагоцитарной активности моноцитов и уровнем IL-8 в сыворотке крови (существенная роль в секреции которого принадлежит также и моноцитам) оказалось, что у больных со среднетяжелым течением заболевания корреляционная связь между ФЧ и IL-8 до начала лечения отсутствовала, а после курса лечения с использованием базисных средств обнаруживалась сильная позитивная ($r = +0,9$; $p < 0,05$), что, очевидно, свидетельствовало о восстановлении структурно-функциональных свойств моноцитов. Между ФИ и IL-8 у больных этой группы корреляционной связи не выявлялось, что подтверждает участие в реализации иммунного воспаления при БА активированных моноцитов, способных секретировать провоспалительные медиаторы, в частности, IL-8, но функционально неполноценных.

У больных с тяжелым течением БА до начала лечения корреляции между ФЧ и IL-8 не существовало, а в конце терапии появлялась по-

зитивная связь ($r = +0,5$; $p < 0,05$). Отсутствовавшая в период обострения болезни корреляционная связь между ФИ и IL-8 у пациентов этой группы становилась отрицательной ($r = -0,3$; $P < 0,05$), что было отражением восстановления фагоцитирующих свойств моноцитов под влиянием базисных средств и снижения секреции провоспалительного IL-8.

Известно, что при обострении БА значительно увеличивается содержание лейкотриенов, которые являются стимуляторами секреции IL-8 активированными нейтрофилами, моноцитами, эозинофилами, лимфоцитами и т. п. IL-8 имеет хемотаксическую активность, привлекает в место воспаления нейтрофилы и лимфоциты. Способность к аутокринной стимуляции секреции IL-8 была обнаружена у эндотелиальных клеток при активации их нитроксидными радикалами вследствие окислительного стресса, повышенная продукция которых обнаружена при обострении тяжелой БА [12].

Таким образом, у больных с тяжелой персистирующей БА формируется нейтрофильный фенотип заболевания, чему способствует значительная выраженность окислительного стресса в ТБД, под влиянием которого возрастает продукция метаболитов оксида азота. Последние активируют эндотелиальные клетки, вследствие чего повышается секреция IL-8. Хемоаттракция нейтрофилов в место воспаления под влиянием IL-8 способствует увеличению их количества в ТБД, что подтверждается наличием катарально-гнойного эндобронхита у больных с повышенным содержанием нейтрофилов в мокроте, однако фагоцитирующие свойства этих клеток оказываются сниженными. Благодаря продукции провоспалительных цитокинов, нейтрофилы и моноциты с измененными функциональными свойствами в ТБД способствуют усилению воспаления и поддержанию тяжелого, часто терапieresистентного течения БА. Вот почему при нейтрофильном фенотипе заболевания, который сопровождает тяжелое течение БА базисные средства не всегда оказывают положительный эффект в плане достижения контроля над воспалением и контроля над БА. Очевидно, поиск противовоспалительных средств, которые дополнительно будут иметь метаболически активный эффект, повысит эффективность базисного лечения и возможность достижения полного контроля над тяжелой БА.

Выводы

1. Тяжелая персистирующая бронхиальная астма характеризуется наличием нейтрофильного воспаления в трахеобронхиальном дереве в 2/3 случаев.
2. Наряду с наличием нейтрофилов в мокроте, в сыворотке кро-

ви и КВВВ имеет место окислительный стресс и повышенная концентрация IL-8, которая в КВВВ выявляется выше, чем в сыворотке крови. Базисные средства лечения не приводят к устранению окислительного стресса и к нормализации содержания IL-8 у больных с тяжелым течением БА.

3. У больных тяжелой персистирующей бронхиальной астмой отмечается снижение фагоцитарной активности нейтрофилов, которое не устраняется приемом базисных средств.

4. Хемоаттракция нейтрофилов с подавленными функциональными свойствами и повышенной способностью к секреции IL-8 в ТБД способствуют развитию катарально-гнойного эндобронхита, наличию нейтрофилов в мокроте больных и формируют нейтрофильное воспаление при тяжелой персистирующей бронхиальной астме.

5. Частые и длительные обострения у пациентов с тяжелой персистирующей БА, нейтрофильное воспаление в ТБД, катарально-гнойный эндобронхит, лейкоцитоз периферической крови и ускорение СОЭ, высокая концентрация медиаторов позволяют говорить о формировании нейтрофильного фенотипа тяжелой персистирующей БА.

Литература

1. Гарас М.Н. Еозинофільний варіант запалення бронхів у школярів із різною тяжкістю бронхіальної астми / М.Н. Гарас / Матер. наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми діагностики та лікування бронхіальної астми». – К., 2010 // Астма та алергія. – 2010. – № 1-2. – С. 87-88.

2. Заболотнов В.А. Функциональная активность нейтрофилов и содержание лейкотриена В₄ в динамике беременности на фоне хронических обструктивных заболеваний легких / В.А. Заболотнов // Укр. пульмонолог. журн. – 2000. – № 2. – С. 48-49.

3. Іванова Л.А. Показники гіперсприйнятливості бронхів при різних фенотипах бронхіальної астми / Л.А. Іванова: Матер. наук.-практ.конф. «Сучасні проблеми діагностики та лікування бронхіальної астми». – К., 2010 // Астма та алергія. – 2010. – № 1-2. – С. 89-90.

4. Камышиников В.С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике / В.С. Камышиников. – М.: Медпресс-информ, 2004. – 911 с.

5. Нестеренко З.В. Современные клинические особенности бронхиальной астмы у детей / З.В. Нестеренко // Астма та алергія. – 2010. – № 1-2. – С. 39-41.

6. Фенотип неатопической астмы у детей / Н.В. Кухтинова, Е.Г. Кондюрина, С.М. Гавалов, М.Д. Лентце // Сб. тр. XIX Нац. Конгресса по болезням органов дыхания. – М., 2009. – С. 80.

7. Фещенко Ю.И. Бронхиальная астма: современные возможности диагностики и пути достижения контроля / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина // *Здоров'я України*. – 2010. – № 2 (червень). – С. 18-20.

8. Фролов В.М. Фагоцитарная активность моноцитов периферической крови у больных дизентерией / В.М. Фролов, Н.А. Пересадин, И.Я. Пшеничный // *Лаборат. дело*. – 1990. – № 9. – С. 27-29.

9. Шапорова Н.Л. Бронхиальная астма тяжелого течения: особенности патогенеза и лечения / Н.Л. Шапорова, М.А. Петрова, В.И. Трофимов // *Пульмонология*. – 2003. – № 6. – С. 108-113.

10. Швидченко И.Н. Цитокинсекретирующая функция нейтрофильных гранулоцитов / И.Н. Швидченко, И.В. Нестерова, Е.Ю. Синельникова // *Иммунология*. – 2005. – № 1. – С. 31-34.

11. Яшина Л.А. Астма-контроль – пути достижения / Л.А. Яшина // *Укр. пульмонол. журн.* – 2003. – № 2. – С. 13-18.

12. Baggiolini. Interleukin 8 and related chemotactic cytokines: C-X-C and C-C chemokines / Baggiolini, B. Dewald, B. Moser // *Adv. Immunol.* – 1994. – Vol. 55. – P. 97-179.

13. Epithelial cells as immunoregulators of airway inflammation / R. Takisawa, R. Pawankar, S. Yamagishi, T. Yagi // *Allergy Clin. Immunol. Int.* – J. World Allergy Org. – 2005. – Vol. 17, № 5. – P. 203-207.

Резюме

Победенная Г.П., Кострюкова Л.Н. К вопросу о нейтрофильном фенотипе бронхиальной астмы тяжелого течения.

В статье рассматриваются механизмы формирования нейтрофильного фенотипа бронхиальной астмы как результата хемотракции нейтрофилов с измененными фагоцитирующими свойствами в трахеобронхиальном дереве под действием оксидантного стресса, повышение секреции медиатора воспаления интерлейкина-8 эпителиальными клетками и нейтрофилами.

Ключевые слова: бронхиальная астма, нейтрофильный фенотип.

Резюме

Победьонна Г. П., Кострюкова Л.М. До питання про нейтрофільний фенотип тяжкої бронхіальної астми.

У статті розглядаються механізми формування нейтрофільного фенотипу бронхіальної астми як результату хемотракції нейтрофілів зі зміненими фагоцитуючими властивостями в трахеобронхіальному дереві під дією оксидантного стресу, підвищення секреції медіатора запалення інтерлейкіну-8 епітеліальними клітинами та нейтрофілами.

Ключові слова: бронхіальна астма, нейтрофільний фенотип.

Summary

Pobedyonna G.P., Kost'ukova L.N. To the question of neutrophilic phenotype of severe bronchial asthma.

The mechanisms of formation neutrophilic phenotype of severe bronchial asthma are considered in article. This mechanism is a result of requitment of neutrophils with inhibited phagocytic properties but increased properties to the secretion of interleukin-8 due to presence of oxidative stress in tracheo-bronchial tree of the patients.

Key words: bronchial asthma, neutrophilic phenotype.

Рецензент: проф., д.мед.н. Л.Н. Иванова

ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОРЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

А.Л. Победенный, М.П. Сидоренко

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»

Введение

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) остается одним из наиболее тяжелых видов травматизма, который часто приводит к фатальным последствиям, а среди тех, кто выжили, полное функциональное восстановление наблюдается очень редко [3, 10]. Среди механизмов, обеспечивающих тяжесть течения ЧМТ и более длительный восстановительный ход, существенное значение уделяется состоянию иммунной системы [1, 6]. Стратегия развития медицины побудила к пониманию того, что любая патология является причиной или следствием иммунологических нарушений. Эти механизмы способствуют хронизации основного заболевания и формированию его осложнений [4].

Нарушения в субпопуляционном составе лимфоцитов после ЧМТ создают условия для вторичного иммунодефицита, что приводит к высокому уровню нейросенсибилизации и возникновению аутоиммунных реакций [2], которые являются отражением не гиперфункционального состояния, а следствием иммунодефицита. Сложные взаимоотношения иммунной и нервной систем приводят к выделению при ЧМТ ряда иммунологических симптомокомплексов: вторичного иммунодефицита, аутоагрессии, асимметрии в иммунном ответе [9], что требует рациональной иммунокоррекции. При этом состояние клеточного иммунитета при среднетяжелой ЧМТ на восстановительном этапе и возможность его коррекции остаются недостаточно выясненными и требуют изучения.

Изменения в иммунной системе даже в отдаленном периоде после перенесенной ЧМТ, обуславливают, в частности, формирование ее отдаленных последствий [1]. Существенная роль в их предотвращении, наряду с нейропротекцией, принадлежит медицинской иммунореабилитации. С этой целью может быть предложен иммуноактивный препарат нуклеинат, который яв-

ляется производным дрожжевой рибонуклеиновой кислоты. Нуклеиновые кислоты обладают выраженными иммуностимулирующими и репаративными свойствами, стимулируют синтез белков, в том числе иммуноглобулинов. У лиц с приобретенными иммунодефицитами под влиянием нуклеината происходит устранение дисбаланса популяций лимфоцитов [7].

Цель работы – исследовать состояние показателей клеточного иммунитета у пациентов с перенесенной ЧМТ средней тяжести на амбулаторном этапе на фоне применения иммуноактивного препарата нуклеината для иммунореабилитации.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) ГУ «Луганский государственный медицинский университет» и является фрагментом НИР «Клинико-иммунологические особенности черепно-мозговой травмы и их коррекция» (№ гос. регистрации 0110U003039).

Материал и методы исследования

Исследованию подлежали 49 человек с последствиями ЧМТ средней тяжести – ушиба головного мозга средней тяжести после оперативного вмешательства по поводу гематомы или вдавленного перелома костей черепа после выписки из нейротравматологического отделения Луганской областной клинической больницы (2010-2013), среди которых было 46 мужчин и 3 женщины. Средний возраст всех исследованных составил $(32,6 \pm 4,2)$ года. У пациентов исследовалось состояние клеточного иммунитета с применением теста с моноклональными антителами классов CD3+, CD4+, CD8+ и CD22+ (ООО «Биомедспектр», Москва, РФ) в цитотоксическом тесте по методике В.М. Фролова (1989) [7] перед выпиской и после одного месяца наблюдения. Основную группу составили 27 человек, которые и в период стационарного лечения получали иммунотропную терапию иммунофаном. Больным этой группы наряду с общепринятыми средствами нейропротекции назначался нуклеинат в дозе 1 капсула (0,25 г) 4 раза в сутки после еды в течение 3 недель. Группу сравнения составили 22 травмированных после выписки из нейротравматологического стационара, которым иммунореабилитация не проводилась.

Для разработки референтной нормы были обследованы 18 практически здоровых лиц такого же возраста и пола.

Полученные результаты и их обсуждение

У всех пациентов с перенесенной ЧМТ после выписки из стационара имелись признаки вторичного иммунодефицита, однако, у пациентов группы сравнения более значимые, чем в основной.

Так, общее содержание CD3+-клеток в основной группе в абсолютном и относительном исчислении соответственно было достоверно ниже, чем в норме, в 1,1 раза, а в группе сравнения - в 1,2 раза ($p < 0,05$).

Таблица 1

Состояние показателей клеточного иммунитета у больных ЧМТ средней тяжести в разные периоды после оперативного вмешательства

Показатель	Показатель здоровых лиц (n=18)	Группа сравнения (n=22)		Основная группа (n=27)	
		После выписки	Через 1 месяц наблюдения	После выписки	Через 1 месяц наблюдения
CD3+, 10 ⁹ /л %	1,26 ± 0,04 68,30 ± 2,46	1,02±0,03* 55,23±1,9*	1,06±0,05* 57,31±1,71*)	1,13 ±0,03* 61,20±2,17	1,19 ±0,03) 62,40±3,12
CD4+, 10 ⁹ /л %	0,84 ± 0,03 45,53 ± 1,60	0,56±0,04* 30,32±1,86*	0,62±0,06* 33,52±1,28*)	0,72±0,04* 38,99±1,48*	0,77±0,03*) 40,38±1,20*
CD8+, 10 ⁹ /л %	0,42 ± 0,02 22,77 ± 0,79	0,46±0,02 24,93 ±2,25	0,44±0,04* 23,79±1,90	0,41±0,03 22,21± 1,85	0,42±0,05 22,02 ± 1,45
CD4/ CD8	2,00 ± 0,05	1,22 ±0,04*	1,41±0,04*	1,76± 0,04*	1,83 ± 0,06*)
CD22+, 10 ⁹ /л %	0,44 ± 0,01 21,60 ± 0,80	0,47±0,07 23,1±1,45	0,47±0,07 23,1±1,45	0,48±0,04 21,9±0,90	0,45±0,03 21,7±0,60

Примечание: * - $p < 0,05$ при сравнении с практически здоровыми лицами;
) - $p < 0,05$ при сравнении показателей между группами

Показатель CD4+-лимфоцитов в основной группе в абсолютных значениях исходно была ниже нормы в 1,2 раза ($p < 0,05$), а в в группе сравнения - ниже, чем в норме, в 1,5 раза ($p < 0,05$). Концентрация Т-лимфоцитов-хелперов в относительных числах в основной группе была также ниже, чем аналогичная в группе здоровых в 1,5 раза, а в группе сравнения - в 1,2 раза ($p < 0,05$). Исходное содержание Т-супрессоров как в абсолютных, так и в относительных цифрах, существенно не отличалось от значений практически здоровых

лиц. Иммунорегуляторный индекс у больных основной группы был в 1,13 раза ниже, нормы, а у больных группы сравнения - в 1,6 раза.

Через 1 месяц после выписки из стационара на фоне проведения трехнедельного лечения с добавлением нуклеината с целью иммунореабилитации было отмечено возрастание всех изученных показателей в обеих группах, однако, более существенное в основной группе.

Содержание CD3+-лимфоцитов в абсолютном исчислении у пациентов основной группы повысилось до $(1,19 \pm 0,03) 10^9 / \text{л}$, было выше, чем в группе сравнения в 1,12 раза (табл. 1) и достигло нижних значений нормы. Несмотря на то, что у пациентов группы сравнения содержание CD3+-клеток повысилось на 3,92 % от исходного, оно не достигло референтных значений. При этом рост их уровня у пациентов основной группы был более интенсивным, чем в группе сравнения, в 1,4 раза до 5,3 % от начального. В относительных значениях величина CD3+-лимфоцитов лиц основной группы была незначительно выше аналогичной у больных группы сравнения и на 9,04 % ниже референтной нормы.

Концентрация CD4+-лимфоцитов у пациентов основной группы возросла менее интенсивно, чем в группе сравнения, и стала равной в абсолютном исчислении $(0,77 \pm 0,03) \times 10^9 / \text{л}$, что было ниже, чем в норме, но достоверно выше, чем аналогичный показатель в группе сравнения в 1,2 раза ($p < 0,05$) ($p < 0,05$). В относительных цифрах после курса иммунореабилитации значения CD4+клеток у больных основной группы возросли и стали в 1,2 раза достоверно превышать аналогичные в группе сравнения.

Указанные положительные изменения содержания CD4+- и CD8+-клеток на фоне лечения с дополнением нуклеинатом традиционно используемых на амбулаторном этапе нейропротекторных средств, нашли отражение в динамике иммунорегуляторного индекса CD4/CD8, который в основной группе стал равен $(1,83 \pm 0,06)$, и выше аналогичного в группе сравнения на 29,8 % ($P < 0,05$).

Содержание CD22+-лимфоцитов не претерпело существенных изменений в течение всего периода лечения, что мы связывали с неаллергическим характером основного патологического процесса.

Выводы

1. Таким образом, у пациентов с перенесенной ЧМТ после периода медицинской иммунореабилитации препаратом нуклеинат на амбулаторном этапе наблюдалось более интенсивное, чем

в группе сравнения, возрастание общей популяции Т- лимфоцитов, увеличение содержания CD4+-клеток и повышение иммунорегуляторного индекса, что отмечалось и в других исследованиях при использовании иммуноактивных препаратов [8]. Позитивные изменения иммунного статуса, на наш взгляд, будут благоприятно влиять на клиническое течение ЧМТ в восстановительном периоде.

2. Дальнейшие исследования будут посвящены динамике клинической симптоматики больных с перенесенной ЧМТ в различные сроки восстановительного периода при проведении иммунореабилитации.

Литература

1. Герасимов М.М. Клинические и иммунопатологические особенности при черепно-мозговой травме различной степени выраженности / М.М. Герасимов, А.И. АбуСалех // Иммунология. – 2007. – № 3. – С. 182-183.
2. Лисяный Н.И. Врожденный и приобретенный иммунитет головного мозга / Н.И. Лисяный // Иммунологія та алергологія. – 2008. – № 1. – С. 68.
3. Черный В.И. Черепно-мозговая травма церебропротекция: нейромидин в аспекте доказательной медицины / В.И. Черный, Т.В. Островая, И.А. Андропова // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 2 (15). – С. 99-105.
4. Влияние анальгоседации на цитокиновый профиль у пострадавших с тяжелой политравмой / И.Р. Малыш, А.И. Трецинский, И.П. Шлапак, Л.В. Зержебловская // Анестезиология и реаниматология. – 2008. – № 1. – С. 74-77.
5. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и алергологія / Г.Н. Дранник. – М.: Медицинское информационное агенство, 2003. – 603 с.
6. Лисяний М.І. Цитокиновий профіль у хворих з різним перебігом легкої повторної ЧМТ / М.І. Лисяний, М.В. Каджая // Иммунологія та алергологія. – 2009. – № 2-3. – С.109-113.
7. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных рожей / В.М. Фролов, И.С. Гайдаш, Н.А. Пересадин [и др.] // Лабор. дело. – 1989. – № 6. – С. 71-72.
8. Прилуцкий А.С. Применение нуклеината в комплексной терапии рецидивирующей герпетической инфекции / А.С. Прилуцкий, А.С. Сергиенко, Д.А. Лесниченко // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 256. – С. 19-21.
9. Depressed interleukin-12-producing activity by monocytes with adverse clinical course and a shift toward Th2 type lymphocyte pattern in severely injured male trauma patients / Z. Spolarics, M. Siddiqi, JN.H. Siegel [et al.] // Crit. Care Med. – 2003. – Vol. 3, № 6. – P. 1722-1729.
10. Prognostic value of demographic characteristics in traumatic brain injury: results from the IMPACT study / N.A. Mushkudiani, D.C. Engel, E.W. Steyerberg [et al.] // J Neurotrauma. – 2007. – Vol. 24. – P. 259-269.

Резюме

Победенный А.Л., Сидоренко М.П. *Значение иммунореабилитации у больных, перенесших черепно-мозговую травму средней тяжести.*

В статье отмечено позитивное влияние лечения с дополнительным приемом нуклеината наряду с традиционными средствами нейнропротекции на состояние клеточного иммунитета пациентов после черепно-мозговой травмы в виде повышения иммунорегуляторного индекса и увеличения популяции CD3+-лимфоцитов.

Ключевые слова: иммунореабилитация, показатели клеточного иммунитета, черепно-мозговая травма.

Резюме

Победонний А.Л., Сидоренко М.П. *Вплив імунореабілітації на показники клітинного імунітету хворих із перенесеною черепно-мозковою травмою.*

У статті відзначений позитивний вплив лікування із додаванням нуклеїнату поряд із традиційними засобами нейропротекції на стан клітинного імунітету у пацієнтів після черепно-мозкової травми у вигляді підвищення імунорегуляторного індексу та популяції CD3+-лімфоцитів.

Ключові слова: імунореабілітація, показники клітинного імунітету, черепно-мозкова травма.

Summary

Pobedonnij A.L., Sidorenko M.P. *The value of immunorehabilitation in patients undergoing traumatic brain injury of moderate severity.*

Positive influence of treatment with nucleinatium on the cell immunity at the patients after traumatic brain injury were presented in article. It was demonstrated at the improvement of immune index at increased amount of CD3+.

Key words: immune rehabilitation, cell immunity, traumatic brain injury.

Рецензент: проф., д.мед.н. И.И. Гаврилов

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ
БИОХИМИИ**

ЛАБОРАТОРНЫЙ КОНТРОЛЬ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Н.В. Агранович, А.С. Анопченко, С.А. Кнышова
ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России (Ставрополь)

Введение

В России доля граждан старшего поколения на сегодняшний день составляет около 20%. [2, 3]. А учитывая, что одной из основных целей демографической политики РФ является увеличение продолжительности жизни к 2025 году до 75 лет, то ожидаемо этот показатель значительно увеличится [10]. В Ставропольском крае категория людей пожилого и старческого возраста варьирует в пределах 18% от всей численности населения края [4].

С возрастом у пациентов пожилого возраста происходят морфофункциональные изменения: уменьшается величина минутного объема сердца (минутный объем – количество крови, выбрасываемое сердцем за одну минуту). Чем старше становится человек, тем большее количество мышечных волокон сердечной мышцы атрофируется. Развивается так называемое «старческое сердце».

Существенно изменяются с возрастом и кровеносные сосуды. Изменениям подвергаются все оболочки, но наиболее – внутренняя оболочка, где происходит увеличение числа и толщины эластических волокон и соединительной ткани, появляются склеротические уплотнения. Вся кровеносная система в старости становится менее лабильной, уменьшается её способность приспособливаться к условиям внешней среды. В первую очередь страдают крупные артериальные стволы, особенно аорта. У пожилых и старых людей значительно уменьшается количество действующих капилляров на единицу площади. Утолщение их внутренней оболочки ведет к снижению интенсивности трансапикалярного обмена [1, 7].

В результате всех перечисленных процессов у людей пожилого и возраста физическая работоспособность сердца падает. Это ведет к ограничению диапазона резервных возможностей организма и к

снижению эффективности его работы. Поэтому, пожилой возраст является фактором риска развития многих сердечно-сосудистых заболеваний [9]. Они являются основной причиной госпитализаций, инвалидности и смертности лиц пожилого возраста. Наиболее распространенным заболеванием сердечно-сосудистой патологии у пожилых людей является артериальная гипертензия (АГ). Частота встречаемости данной патологии у пожилых превышает 50-70% [5, 6].

Одной из причин увеличения количества сердечно-сосудистых заболеваний (в том числе и АГ), в первую очередь, является снижение уровня двигательной активности современного человека. Для их профилактики необходимы регулярные занятия лечебной физической культурой (ЛФК), которая оказывает как оздоровительный эффект, так и повышает адаптационные возможности человеческого организма в целом [8].

В связи с этим в России в последние годы активно развивается профилактическое направление, которое направлено на борьбу с основными факторами риска развития заболеваний.

Цель исследования: изучить возможности адаптации организма и обосновать значимость применения комплексов лечебной физкультуры для пролонгирования активного долголетия лиц пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на клинических базах кафедры поликлинической терапии СтГМУ. Объектом исследования стали пожилые пациенты, находящиеся под наблюдением в городских поликлиниках №1, №2 г. Ставрополя – всего 78 человек, давшие согласие на регулярные занятия ЛФК под врачебным контролем. 26,9% (21 человек) составили мужчины и 73,1% (57 человек) женщины.

Критерии включения больных в исследование:

- возраст 60-74 года;
- наличие АГ I-II степени;
- согласие на включение в исследование.

Критерии исключения из исследования:

наличие в анамнезе осложнений АГ (мозговой инсульт, тяжелая хроническая сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность);

- тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости;
- симптоматические АГ;
- наличие других соматических заболеваний тяжелой степени.

В течение двенадцати месяцев пациенты, включенные в исследование, занимались физическими упражнениями по разработанной методике с инструктором ЛФК по одному часу 3 раза в неделю. Через месяц от начала занятий нагрузка постепенно возрастала за счет увеличения количества повторений упражнений.

Всем пациентам до начала проведения занятий и через 3, 6, 12 месяцев выполнялись контрольные лабораторные исследования. При выборе показателей для оценки интенсивности физической нагрузки (ФН) и утомляемости учитывались требования, выполнение которых существенно повышает информативность и качество оценки лабораторных показателей.

Для оценки степени физической нагрузки или уровня жизнеспособности и адаптации организма и его элементов к физической нагрузке в нашей работе были выбраны следующие показатели:

- общий анализ крови (ОАК): гемоглобин, эритроциты, тромбоциты;
- липидограмма крови: холестерин (ХС), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), триглицериды (ТГ).

Контрольное биохимическое тестирование проводилось утром натощак после относительного отдыха в течение суток. При этом соблюдались примерно одинаковые условия внешней среды и медикаментозной терапии основного заболевания, которые влияют на результаты тестирования.

Сравнительный анализ полученных данных проводился с использованием пакета программ «SPSS Statistics 21.0 for Windows». Для описания признаков с нормальным распределением данные представлены как средняя арифметическая величина и стандартная ошибка средней ($M \pm m$). Достоверность различий между исследуемыми группами при нормальном распределении рассчитывали с использованием t-критерия для парных выборок. Различия считали значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

Анализ показателей общего анализа крови показал, что до начала занятий физической упражнениями концентрация гемоглобина в крови составила в среднем $132,3 \pm 1,5$ г/л, содержание эритроцитов в крови – $4,37 \pm 0,46 \times 10^{12}$ /л, тромбоцитов – $220,3 \pm 4,1 \times 10^9$ /л. Значительных отклонений в показателях у отдельных пациентов не было.

Результаты данных показателей крови спустя 3 месяца после начала занятий ЛФК существенно не изменились и составили: гемоглобин - $133,2 \pm 1,5$ г/л до; эритроциты - $4,39 \pm 0,41 \times 10^{12}$ /л; тромбоциты - $221,3 \pm 4,0 \times 10^9$ /л. Однако, через 6 и более месяцев регулярных занятий физическими нагрузками была отмечена положительная динамика в показателях периферической крови. Так содержание гемоглобина через 12 месяцев увеличилось в среднем до $142,9 \pm 1,0$ г/л, количество эритроцитов до $4,9 \pm 0,38 \times 10^{12}$ /л, тромбоцитов до $231,2 \pm 3,4 \times 10^9$ /л. (табл. 1).

Таблица 1

Изменения показателей ОАК у пациентов с АГ при регулярных занятиях ЛФК

Показатели	До начала занятий ЛФК	Спустя 3 месяца занятий	Спустя 6 месяцев занятий	Спустя 12 месяцев занятий
Гемоглобин	$132,8 \pm 1,5$	$133,2 \pm 1,5$	$137,1 \pm 1,3^*$	$142,9 \pm 1,0^*$
Эритроциты	$4,37 \pm 0,46$	$4,39 \pm 0,41$	$4,45 \pm 0,37$	$4,9 \pm 0,38^*$
Тромбоциты	$220,3 \pm 4,1$	$221,3 \pm 4,0$	$226,2 \pm 3,7$	$231,2 \pm 3,4$

Примечание: в табл. 1-2 * - при $p < 0,05$.

Повышение количества гемоглобина при физических нагрузках связано с нехваткой кислорода тканям организма, т.к. при физической нагрузке он быстро расходуется, и организму приходится адаптироваться к созданным условиям за счет повышенной продукции элементов красной крови. Известно, что изменение биохимических показателей под воздействием физических нагрузок зависит от степени тренированности, объема выполненных нагрузок, их интенсивности и анаэробной или аэробной направленности, а также от пола и возраста обследуемых. В нашем исследовании было выявлено, что после стандартной физической нагрузки более значительные биохимические сдвиги обнаружены у менее тренированных пожилых людей, по сравнению с теми, кто ранее выполнял хотя бы незначительную физическую нагрузку.

Увеличение содержания гемоглобина в крови отражает адаптацию организма к физическим нагрузкам в гипоксических условиях. По содержанию гемоглобина в крови можно судить об аэробных возможностях организма, эффективности аэробных тренировочных занятий, состоянии здоровья пациента. Вместе с

тем, при интенсивных физических тренировках (занятиях), происходит разрушение эритроцитов крови и снижение концентрации гемоглобина, что рассматривается как железодефицитная «спортивная анемия» или анемия физических нагрузок. В таком случае следует изменить программу физических упражнений.

Изучение показателей липидного спектра крови пациентов, участвующих в исследовании выявило стабильную динамику снижения содержания общего холестерина (ХС) от $7,1 \pm 1,2$ до $6,1 \pm 0,2$ ммоль/л; и липидов: ЛПНП – от $5,6 \pm 1,0$ до $4,7 \pm 0,7$ ммоль/л; ЛПВП – от $1,2 \pm 0,7$ до $1,1 \pm 0,2$ ммоль/л; ТГ – от $1,9 \pm 0,2$ до $1,5 \pm 0,1$ ммоль/л; КА – от $5,4 \pm 1,3$ до $4,9 \pm 0,2$ и незначительное увеличение свободных жирных кислот более $0,4$ ммоль/л (табл.2).

Таблица 2

Изменения показателей липидограммы у пациентов с АГ в период занятий ЛФК

Показатели	До начала занятий ЛФК	Спустя 3 месяца занятий	Спустя 6 месяцев занятий	Спустя 12 месяцев занятий
ХС	$7,1 \pm 1,2$	$6,9 \pm 0,8$	$6,7 \pm 1,1^*$	$6,1 \pm 0,2^*$
ЛПНП	$5,6 \pm 1,0$	$5,5 \pm 1,1$	$5,2 \pm 0,9^*$	$4,7 \pm 0,7^*$
ЛПВП	$1,2 \pm 0,7$	$1,2 \pm 0,8$	$1,1 \pm 0,5^*$	$1,1 \pm 0,2^*$
КА	$5,4 \pm 1,3$	$5,3 \pm 0,7$	$5,0 \pm 0,3^*$	$4,9 \pm 0,2^*$
ТГ	$1,9 \pm 0,2$	$1,7 \pm 0,6^*$	$1,2 \pm 0,5^*$	$1,5 \pm 0,1^*$

Свободные жирные кислоты являются структурными компонентами липидов. Уровень свободных жирных кислот в крови отражает скорость липолиза триглицеридов в печени и жировых депо. Их количество увеличивается при длительных физических нагрузках. По изменению содержания свободных жирных кислот в крови определяют степень подключения липидов к процессам энергообеспечения мышечной деятельности и степень сопряжения между липидным и углеводным обменом. Высокая степень сопряжения этих механизмов энергообеспечения при выполнении аэробных регулярных физических нагрузок является показателем высокого уровня функциональной адаптации организма человека.

Вместе с тем, холестерин, представитель стероидных липидов, не участвует в процессах энергообразования в организме. Однако, при высоком содержании общего холестерина небольшие, но

систематические физические нагрузки могут привести к его снижению в крови. При нормальном содержании холестерина в крови уровень его в ответ на нагрузку не меняется. Что было получено у пациентов в нашем исследовании.

Все проанализированные показатели в целом или в произвольных сочетаниях используются различными школами по изучению степени адаптации организма при физической нагрузке. Оптимальным, на наш взгляд, является набор из наиболее отличающихся тестов, охватывающих различные системы и органы: возрастную физиологию, пределы адаптации и функциональные резервы, физическую и нервно-психическую работоспособность, характеристики наиболее важных систем.

Таким образом, оценка степени физической нагрузки или уровня жизнеспособности организма и его элементов является одной из ключевых задач профилактики заболеваний и продления активного долголетия пожилых людей. Проведенное исследование с лабораторным контролем наглядно демонстрирует хорошие адаптационные механизмы организма на дозированную индивидуально-подобранную физическую нагрузку у пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией I и II степенью тяжести, регулярно занимавшихся в группе ЛФК.

Выводы

1. Полученные в нашей работе результаты, исследуемых показателей свидетельствуют об удовлетворительной адаптации организма пожилых пациентов с АГ на фоне регулярно проводимых дозированных нагрузок.

2. Занятий ЛФК оказывает положительное влияние на организм лиц пожилого с АГ и может являться методом профилактического немедикаментозного этапа комплексного лечения. Применение лабораторных исследований (ОАК, биохимический анализ крови) при проведении комплексного лечения пациентов с включением ЛФК позволяет решать такие задачи как оценка адаптации организма на физические нагрузки и уровня тренированности, адекватности применения фармакологических и других восстанавливающих средств, в частности физических нагрузок, роли энергетических метаболических систем в деятельности организма.

1. Абрамович С.Г. Функциональное состояние эндотелия и микроциркуляция у больных гипертонической болезнью пожилого возраста при магнитотерапии / С.Г. Абрамович, Е.О. Коровина, И.А. Бердникова, Е.Н. Янчуковская // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2009. – Т. 86. – № 3. – С. 36-38.
2. Агранович Н.В. Организация и роль занятий физическими упражнениями с лицами пожилого и старческого возраста, имеющими сердечно – сосудистую патологию / Н.В. Агранович, А.С. Анопченко, В.О. Агранович // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 17, № 2 (66). – С. 7-12.
3. Анопченко А.С. Возможность применения лечебной физической культуры в профилактических мероприятиях у больных с артериальной гипертензией / А.С. Анопченко, Н.В. Агранович // «Лечебная физическая культура: достижения и перспективы развития»: материалы V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (Москва 25-26 мая 2016 г.). – М, 2016. – С. 28-31.
4. Анопченко А.С. Кардиоинтервалография и возможности ее применения у пациентов пожилого возраста с гипертонической болезнью при занятии ЛФК / А.С. Анопченко, Н.В. Агранович // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18 (2). – С. 651-655.
5. Багрий А.Э. Артериальная гипертензия у лиц пожилого возраста: возможности применения индапамида / А.Э. Багрий // Артериальная гипертензия. – 2013. – № 2 (28). – С. 39-42.
6. Ефименко Н.В. Биорезонансная терапия от аппарата «РОФЭС» в медицинской реабилитации лиц пожилого возраста с изолированной систолической артериальной гипертензией / Н.В. Ефименко, А.С. Джигоева, Н.К. Ахкубекова // Курортная медицина. – 2014. – № 4. – С. 26-31.
7. Лечебная физкультура в продлении активного долголетия пожилых людей с различной соматической патологией: учебное пособие / Н.В. Агранович, И.В. Еремин, А.С. Анопченко, В.О. Агранович, З.В. Сапронова. – Ставрополь, 2015. – 204 с.
8. Пилюсян Н.А. Средства физической культуры в реабилитации женщин пожилого возраста с гипертонической болезнью / Н.А. Пилюсян, В.Ю. Карпов, А.С. Болдов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 10 (128). – С. 139-143.
9. Сорокин Е.В. Особенности лечения сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых больных / Е.В. Сорокин, Ю.А. Карпов // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11. – № 19. – С. 1072-1076.
10. Указ Президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики РФ на период до 2025 г.».

Агранович Н.В., Анопченко А.С., Кнышова С.А. *Лабораторный контроль при комплексном лечении артериальной гипертензии у пожилых пациентов.*

В статье рассматриваются проблемы состояния здоровья, связанные с старением населения страны. Обсуждаются вопросы сохранения и укрепления здоровья, рационального образа жизни, повышения функциональных возможностей у лиц пожилого возраста. Изучено влияние занятий лечебной физической культурой на гемодинамические показатели сердечно-сосудистой системы у пожилых людей с артериальной гипертензией. Показана динамика адаптации организма лиц пожилого возраста до и после начала занятий физическими нагрузками по данным лабораторных, инструментальных, психологических исследований. Даются рекомендации по содержанию и технике проведения занятий оздоровительной лечебной физической культурой в пожилом возрасте.

Ключевые слова: пожилые люди, артериальная гипертензия, лечебная физическая культура, функциональные возможности.

Резюме

Агранович Н.В., Анопченко А.С., Книшова С.А. *Лабораторний контроль при комплексному лікуванні артеріальної гіпертензії у літніх пацієнтів.*

У статті розглядаються проблеми стану здоров'я, пов'язані зі старінням населення країни. Обговорюються питання збереження і зміцнення здоров'я, раціонального способу життя, підвищення функціональних можливостей у осіб похилого віку. Вивчено вплив занять лікувальною фізичною культурою на гемодинамічні показники серцево-судинної системи у людей похилого віку з артеріальною гіпертензією. Показана динаміка адаптації організму осіб похилого віку до і після початку занять фізичними навантаженнями за даними лабораторних, інструментальних, психологічних досліджень. Даються рекомендації щодо змісту і техніки проведення занять оздоровчою лікувальною фізичною культурою в літньому віці.

Ключові слова: літні люди, артеріальна гіпертензія, лікувальна фізична культура, функціональні можливості.

Summary

Agranovich N.V., Anopchenko A.S., Knyshova S.A. *Laboratory control in complex therapy of arterial hypertension in elderly patients.*

In the article the problems of health related to the aging of the population. Discusses issues of conservation and health promotion, lifestyle management, increase the functional capacity of the elderly. We studied the influence of medical physical culture on the hemodynamic performance of the cardiovascular system in the elderly with hypertension. Shows the dynamics of adaptation of the elderly before and after the start of classes physical activity according to laboratory, instrumental and psychological research. Recommendations on the contents and technique of carrying out occupations of health medical physical education in the elderly.

Key words: elderly people, arterial hypertension, therapeutic physical training.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.И. Коломиец

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРООКСИДАНТНОЙ И АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Л.Н. Иванова, Ю.В. Сидоренко, Е.А. Луговсков
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

У мирных жителей Донбасса, подвергающихся воздействию негативных факторов АТО, наблюдается развитие посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [1, 4], которое оказывает влияние на течение соматической патологии, в том числе ишемическую болезнь сердца (ИБС) [2, 4]. Ряд авторов приводит результаты изучения роли стресса в развитии ишемической болезни сердца (ИБС) [1, 2, 4]. Так, результаты метаанализа, проведенного учеными из США, показали, что ПТСР - независимый фактор риска развития ИБС [5, 8, 9]. Японские исследователи установили, что высокий уровень хронического эмоционального стресса сопровождается увеличением риска развития инсультов и ИБС [7, 10], а выраженный хронический стресс приводит к снижению уровня выживаемости в популяции пациентов с ИБС [3].

Не последнюю роль в развитии ИБС играет активация перекисного окисления липидов (ПОЛ) на фоне угнетения активности системы антиоксидантной защиты (АОЗ) [3, 6].

Целью нашего исследования было изучение состояния оксидантной и антиоксидантной систем у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 59 пациентов с ИБС в сочетании с ПТСР, которые были распределены на две рандомизированные группы: основную (32 человека) и сопоставления (27 больных). Верификацию ИБС (стабильная стенокардия ФК II) осуществляли в соответствии с Приказом МЗ Украины №

436 «Об утверждении протоколов предоставления медпомощи по специальности «Кардиология» (2006), а также на основании рекомендаций Украинской ассоциации кардиологов (2011, 2014), ПТСР – согласно МКБ - 10 (F43.1).

С целью уточнения функционального класса (ФК) стабильной стенокардии по критериям Канадской ассоциации сердца при отсутствии противопоказаний проводился велоэргометрический тест (ВЭМ).

Состояние активности системы липопероксидации (ПОЛ) изучали по содержанию в крови конечного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МДА) (Андреев Л.И., Кожемякин Л.А., 1988), промежуточных – диеновых конъюгат (ДК) (Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И., 1983) и показателя перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ). Функциональное состояние ферментной звена системы антиоксидантной защиты (АОЗ) определяли по активности каталазы (КТ) (Корольюк М.А. и соавт., 1988) и супероксиддисмутазы (СОД) (Поберезкина Н.Б., Осинская Л.Ф., 1989) спектрофотометрически. Интегральный индекс Ф вычисляли как соотношение $СОД \times КТ / МДА$ (Чевари С. и соавт., 1991).

Лечение обследованных больных осуществлялось в соответствии с Приказом МЗ Украины № 436 (2006). Больным назначалась стандартная терапия ИБС, которая включала β -блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин, нитраты при необходимости, статины. Пациенты основной группы дополнительно получали кораргин (внутри до еды по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение трех недель), обладающий ингибирующим влиянием на активность свободнорадикальных процессов.

Полученные результаты и их обсуждение

У обследованных больных ИБС в сочетании с ПТСР до начала лечения выявлено повышение содержания в крови продуктов ПОЛ – МДА и ДК (табл. 1).

Таблица 1

Содержание продуктов ПОЛ у больных ИБС в сочетании с ПТСР до начала лечения ($M \pm m$)

Показатель	Норма	Группы больных		P
		Основная (n=32)	Сопоставления (n=27)	
МДА, мкмоль/л	3,2±0,18	10,2±0,4***	9,6±0,25***	>0,1
ДК, мкмоль/л	9,6±0,4	25,6±0,4***	26,8±0,4***	>0,1
ПГЭ, %	3,1±0,3	6,3±0,2***	6,4±0,2***	>0,01

Как видно из таблицы 1, у больных основной группы содержание МДА в сыворотке крови было выше нормы в 3,2 раза и составляло $10,2 \pm 0,4$ мкмоль/л ($P < 0,05$). Концентрация ДК в основной группе составляла $25,6 \pm 0,4$ мкмоль/л ($P < 0,05$), что выше нормы в 2,66 раза. В группе сопоставления показатель МДА составлял $9,6 \pm 0,25$ мкмоль/л, что было в 3 раза выше нормы. Содержание ДК в сыворотке крови у больных группы сопоставления был равен $26,8 \pm 0,4$ мкмоль/л, что в свою очередь превышало показатель нормы в 2,8 раза. Показатель ПГЭ составлял в основной группе $6,3 \pm 0,2\%$, в группе сопоставления – $6,4 \pm 0,2\%$ (норма $3,1 \pm 0,3\%$).

Таким образом, до начала лечения между данными показателями в основной группе и группе сопоставления не было установлено достоверных различий ($P > 0,1$).

Исходя из полученных данных, у больных ИБС в сочетании с ПТСП отмечалось усиление процессов липопероксидации биомембран, что характеризовалось ростом в сыворотке крови конечных (МДА) и промежуточных (ДК) продуктов ПОЛ.

У больных ИБС в сочетании с ПТСП отмечалось повышение уровня метаболитов ПОЛ, как промежуточных (ДК), так и конечных (МДА), что указывало на активацию процессов пероксидации липидов и угнетение антиоксидантной защиты.

В то же время у обследованных больных до начала лечения имело место снижение антиоксидантных свойств крови, в частности, угнетение активности ферментного звена системы АОЗ (табл. 2).

Таблица 2

Активность ферментного звена системы АОЗ у больных ИБС в сочетании с ПТСП до начала лечения

Показатели	Норма	Группы больных		P
		Основная (n=32)	Сопоставления (n=27)	
КТ, МО/мгНб	345 ± 13	$248 \pm 8,5^*$	$246 \pm 10^*$	$< 0,05$
СОД, МО/мгНб	$28,4 \pm 1,8$	$18,1 \pm 0,06^{***}$	$16,9 \pm 0,7^{**}$	$< 0,05$
Ф	3062 ± 36	440 ± 12	433 ± 23	$< 0,01$

Как видно из таблицы 2, активность КТ у больных ИБС в сочетании с ПТСП в обеих группах была ниже нормы в среднем в 1,4 раза и составляла в основной группе $248 \pm 8,5$ МЕ/мгНб; в группе сопоставления – 246 ± 10 МЕ/мгНб. При этом наблюдались разнонаправленные сдвиги со стороны активности КТ: у 5,8% больных основной группы

и 9,8% группы сопоставления концентрация КТ соответствовала пределам нормы, у 17,4% основной группы и 21,6% группы сопоставления активность этого фермента была выше нормы, но у подавляющего большинства больных основной группы – 76,8% и группы сопоставления – 68,6% активность КТ была ниже нормы.

Как видно из таблицы, в основной группе активность СОД составила $18,1 \pm 0,06$ МЕ/мгНв, в группе сопоставления - $16,9 \pm 0,7$ МЕ/мгНв, то есть прослеживалась четко выраженная тенденция к снижению активности СОД в среднем в 1,7 раза. Полученные данные свидетельствуют о снижении активности КТ и СОД у больных ИБС в сочетании с ПТСР.

Интегральный показатель Φ , который отражает соотношение про- и антиоксидантных свойств крови, был снижен у обследованных больных в среднем в 6,8 раза (до 440 ± 12 и 433 ± 23 в основной группе и группе сопоставления соответственно; $P < 0,01$), что свидетельствовало о выраженном угнетении антиоксидантных свойств крови на фоне повышенной продукции свободных радикалов у больных ИБС в сочетании с ПТСР.

Повторное биохимическое обследование больных ИБС в сочетании с ПТСР после окончания основного курса лечения выявило существенное снижение содержания продуктов ПОЛ в сыворотке крови (табл. 3).

Таблица 3

Содержание продуктов ПОЛ у больных ПВ ДПК в сочетании с ХОБЛ после завершения лечения ($M \pm m$)

Показатели	Норма	Группы больных		P
		Основная (n=32)	Сопоставления (n=27)	
ДК, мкмоль/л	$9,6 \pm 0,4$	$9,7 \pm 0,2^{**}$	$17,28 \pm 0,2^{**}$	$< 0,05$
МДА, мкмоль/л	$3,2 \pm 0,18$	$3,4 \pm 0,25^{**}$	$5,44 \pm 0,25^{**}$	$< 0,05$
ПГЭ, %	$3,1 \pm 0,3$	$3,4 \pm 0,1$	$5,1 \pm 0,2^*$	$< 0,01$

Из таблицы 3 видно, что у пациентов основной группы после завершения лечения с дополнительным назначением кораргина отмечалось снижение концентрации продуктов ПОЛ, как МДА, так и ДК до верхней границы нормы. Одновременно снижался показатель ПГЭ. В то же время в группе сопоставления снижение этих показателей было менее выражено, поэтому после лечения уровень

МДА был в 1,7 раза, ДК – в 1,8 раза выше нормы, а показатель ПГЭ был выше нормы в 1,6 раза.

При повторном биохимическом обследовании после окончания лечения было установлено, что у больных основной группы в полной мере реализовался антиоксидантный эффект кораргина, что способствовало существенной положительной динамике активности ферментного звена системы АОЗ и снижению интенсивности перекисных процессов в организме пациентов. Так, у пациентов основной группы активность КТ после лечения достигла верхней границы нормы. У больных группы сопоставления, которая получала только общепринятое лечение, положительные изменения за это время были значительно меньше (табл. 4). Так, содержание КТ составляло $351 \pm 7,6$ и 274 ± 9 МЕ/мгНб соответственно; СОД – $27,8 \pm 0,5$ и $20,4 \pm 0,8$ МЕ/мгНб соответственно, то есть в группе сопоставления сохранялось достоверное снижение активности КТ и СОД, а также интегрального показателя Φ , что свидетельствовало о наличии дисбаланса соотношения между прооксидантными и антиоксидантными свойствами.

Таблица 4

Активность ферментного звена системы АОЗ у больных ИБС в сочетании с ПТСР после завершения лечения

Показатели	Норма	Группы больных		P
		Основная (n=32)	Сопоставления (n=27)	
КТ, МО/мгНб	345 ± 13	$351 \pm 7,6$	$274 \pm 9^*$	$<0,05$
СОД, МО/мгНб	$28,4 \pm 1,8$	$27,8 \pm 0,5$	$20,4 \pm 0,8^*$	$<0,01$
Φ	3062 ± 36	2870 ± 12	$1035 \pm 23^{***}$	$<0,01$

Таким образом, дополнительное назначение кораргина способствовало снижению интенсивности липоперекисных процессов и повышению активности системы АОЗ, что позволяет считать патогенетически обоснованным включение этого препарата терапию больных ИБС в сочетании с ПТСР.

Выводы

1. У больных ишемической болезнью сердца в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством наблюдалась активация процессов перекисидации липидов и угнетение антиоксидантной защиты.

2. Включение в терапию больных с сочетанной патологией препарата кораргина способствовало снижению интенсивности липоперекисных процессов и повышению активности системы антиоксидантной защиты.

Литература

1. Идрисов К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клиничко-эпидемиологические и динамические аспекты / К.А. Идрисов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2011. – №7. – С. 21-34.
2. Миличевич Н.М. Война и психотравма: размышления о психиатрических потерях в войнах XX столетия / Н.М. Миличевич, М.Б. Миленович, Д. Маркович // Научный результат. Серия «Социальные и гуманитарные исследования». – 2016. – №1 (7). – С. 40-54.
3. Особенности психовегетативного статуса, перфузии миокарда и нейрохимического состава крови у больных с кардиальным синдромом X / С.Ю. Горельцева, Л.Е. Самойленко, Г.Н. Соболева [и др.] // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 4-9.
4. Панкратова С.Ю. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у бывших участников боевых действий / С.Ю. Панкратова, Т.А. Раскина, И.А. Шибанова // Медицина в Кузбассе. – 2011. – № 1. – С. 19-24.
5. Погосов А.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия) / А.В. Погосов, Ю.В. Богушевская. – Курск, 2008. – 266 с.
6. Энзиматическая активность эритроцитов человека при ишемической болезни сердца в условиях развития окислительного стресса / Н.М. Ёлкина, С.В. Коношенко, Шашуа Илиас, О.В. Жугина // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. Серия «Биология, химия». – 2011. – Т. 24, № 2 (63). – С. 124-128.
7. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study / H. Nabi, M. Kivimaki, G.D. Batty [et al.] // Eur. Heart J. – 2013. – Vol. 34. – P. 2697-2705.
8. Kang H.K. Risk of selected cardiovascular diseases and posttraumatic stress disorder among former World War II prisoners of war / H.K. Kang, T.A. Bullman, J.W. Taylor // Annals of epidemiology. – 2006. – Vol. 16(5). – P. 381-386.
9. Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: A meta-analytic review / D. Edmondson, I.M. Kronish, J.A. Shaffer [et al.] // Am.Heart.J. – 2013. – Vol. 166 (5). – P. 806-814.
10. Posttraumatic stress disorder: a fast track to premature cardio-vascular disease? / B.A. Wentworth, M.B. Stein, L.S. Redwine [et al.] // Cardiol. Rev. – 2013. – Vol. 21(1). – P. 16-22.

Резюме

Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Луговсков Е.А. Динамика показателей прооксидантной и антиоксидантной систем у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством.

У больных ишемической болезнью сердца в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством установлена активация процессов перекисидации липидов и угнетение антиоксидантной защиты. Включение в терапию больных препарата кораргина способствовало снижению интенсивности липоперекисных процессов и повышению активности системы антиоксидантной защиты.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, посттравматическое стрессовое расстройство, показатели прооксидантной и антиоксидантной систем.

Резюме

Іванова Л.М., Сидоренко Ю.В., Луговсков Є.О. Динаміка показників прооксидантної та антиоксидантної систем у хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з посттравматичним стресовим розладом.

У хворих на ішемічну хворобу серця в поєднанні з посттравматичним стресовим розладом встановлена активація процесів перекисидації ліпідів і пригнічення антиоксидантного захисту. Включення в терапію хворих препарату кораргину сприяло зниженню інтенсивності ліпоперекисних процесів і підвищенню активності системи антиоксидантного захисту.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, посттравматичний стресовий розлад, показники прооксидантної та антиоксидантної систем.

Summary

Ivanova L.N., Sydorenko Yu.V., Lugovskov E.A. Dynamics of indicators prooxidant and antioxidant systems in patients with coronary heart disease combined with post-traumatic stress disorder.

In patients with coronary heart disease combined with post-traumatic stress disorder established activation of processes of lipid peroxidation and inhibition of antioxidant protection. Inclusion in the treatment of patients with drug corargina contributed to the decrease in the intensity lipoperoxide processes and increased activity of the antioxidant defense system.

Key words: ischemic heart disease, post-traumatic stress disorder, indicators prooxidant and antioxidant systems.

Рецензент: проф., д.мед.н. Ю.Н. Колчин

**АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССОВ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ
У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ
ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ В СОЧЕТАНИИ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ****И.А. Кузовлева, Я.А. Соцкая***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»***Введение**

Актуальность проблемы острых респираторных заболеваний занимает лидирующую позицию среди инфекционной патологии в связи с повсеместным распространением, формированием нестойкого типоспецифического иммунитета, встречаемостью среди всех возрастных групп населения. По данным многочисленных исследований острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются одним из ключевых факторов, способствующих развитию обострения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). На фоне уже имеющихся нарушений бронхиальной проходимости респираторные вирусы вызывают обструкцию дыхательных путей, усугубляя течение хронической бронхолегочной патологии. ОРВИ на фоне ХОБЛ проявляются функциональными нарушениями иммунологического гомеостаза, в частности, нарушением метаболических процессов – повышения содержания в сыворотке крови продуктов перекисного содержания липидов и активации процессов липопероксидации. Поэтому мы считали актуальным изучить и проанализировать состояние ферментного звена системы антиоксидантной защиты у больных ОРВИ на фоне ХОБЛ.

Цель исследования. Изучить показатели системы антиоксидантной защиты у больных ОРВИ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 62 больных ОРВИ в сочетании с ХОБЛ, которые были разделены на две группы - основную (37 человек) и сопоставления (25 человек), рандомизированных по полу, возрасту и характеру течения сочетанной патологии. Возраст обследованных составил от 29 до 56 лет. Все больные, находившиеся под наблюдением, постоянно проживали в большом промышленном регионе Донбасса при наличии экологически вредных факторов окружающей среды.

Постановку диагнозов осуществляли на основании жалоб, клинико-anamnestических данных, результатов комплексного лабораторного обследования и инструментальных исследований согласно Приказам МЗ Украины № 499 (2014 г.) относительно ОРВИ и № 128 (2007 г.) – относительно ХОБЛ. Пациенты обеих групп получали общепринятое лечение в соответствии со Стандартизованными протоколами диагностики и лечения болезней органов дыхания.

Специальное иммунологическое исследование включало определение содержания продуктов ПОЛ: промежуточных – диеновых конъюгат (ДК) [3] и конечного – малонового диальдегида (МДА) [1], а также активность ферментов системы АОЗ – супероксиддисмутазы (СОД) [10] и каталазы (КТ) [6] спектрофотометрично. Изучали также интегральный показатель перекисного гемолиза эритроцитов (ПГЭ).

Статистическую обработку результатов осуществляли по общепринятым в экспериментальной медицине методам с программы STATISTICA 10. Достоверность различий в группах определяли по t-критерию Стьюдента, коэффициенту Пирсона.

Полученные результаты и их анализ

В целом клиническая картина больных острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) характеризовалась наличием таких симптомов, как лихорадка до субфебрильных, фебрильных цифр, головная боль, слабость, озноб, миалгии, снижение работоспособности, обильные слизистые выделения из носа, заложенность носа, першение в горле, постоянный приступообразный кашель, кашель с отделением небольшого количества слизистой мокроты, одышка при физической нагрузке и в покое, затруднение дыхания в ночное время.

Изучение состояния липопероксидации позволило установить, что до начала общепринятого лечения у обследованных больных ОРВИ на фоне ХОБЛ имело место существенная активация процессов липопероксидации, сопровождающаяся накоплением продуктов липопероксидации в сыворотке крови и одновременное угнетение системы антиоксидантной защиты.

Содержание конечного продукта ПОЛ – МДА на момент обследования составила $(7,7 \pm 0,18)$ мкмоль / л, то есть превышала нормальные значения $(3,2 \pm 0,2)$ мкмоль / л) в 2,47 раза ($P < 0,001$). Концентрация промежуточных метаболитов липопероксидации – ДК была также достоверно повышена и составляла $(15,6 \pm 0,22)$ мкмоль / л, то есть была

выше нормы ($6,2 \pm 0,15$ мкмоль / л) в 2,5 раза ($P < 0,001$). Интегральный показатель ПГЕ к началу проведения лечения составил ($9,3 \pm 0,35$)%, что превышало нормальные значения ($3,5 \pm 0,15$ %) в 2,65 раза ($P < 0,001$).

Проведенное биохимическое обследование достоверно показывает на увеличение активности процессов ПОЛ в биомембранах с выходом в кровь ферментов, обуславливающих синдром эндогенной «метаболической» интоксикации, а также имели место существенные сдвиги со стороны активности ферментов системы АОЗ - КТ и СОД. Показатель активности КТ до начала лечения составил ($259,9 \pm 13,0$) МЕ / мгНб, то есть был в среднем ниже нормы ($365,2 \pm 10,0$ МЕ / мгНб) в 1,4 раза ($P < 0,01$). Активность СОД в сыворотке крови большинства обследованных до начала лечения была достоверно снижена, что в 1,33 раза ниже показателя нормы ($28,4 \pm 1,1$ МЕ / мгНб) и равно ($21,3 \pm 1,1$ МЕ / мгНб; $P < 0,05$) (таблица).

Таблица

**Показатели ПОЛ и системы АОЗ
у больных ОРВИ на фоне ХОБЛ**

Показатели	Норма	До лечения	После лечения
МДА (мкмоль/л)	$3,2 \pm 0,2$	$7,7 \pm 0,18^{**}$	$4,7 \pm 0,08^*$
ДК (мкмоль/л)	$6,2 \pm 0,15$	$15,6 \pm 0,22^{**}$	$10,9 \pm 0,3^{**}$
ПГЕ (%)	$3,5 \pm 0,15$	$9,2 \pm 0,35^{**}$	$4,8 \pm 0,23^*$
КТ (МО/мгНб)	$365,2 \pm 10,0$	$259,9 \pm 13,0^*$	$284,4 \pm 8,31^*$
СОД (МО/мгНб)	$28,4 \pm 1,1$	$21,3 \pm 1,1^*$	$23,9 \pm 0,9^*$

Примечание: в таблице достоверность разницы относительно нормы Р* - при $P < 0,05$, ** - при $P < 0,01$ та *** - при $P < 0,001$; в отдельном столбце значения Р посчитаны между показателями групп; в числителе показатели до начала проведения лечения, в знаменателе - после его завершения.

После окончания общепринятого лечения у больных с ОРВИ на фоне ХОБЛ изученные иммунологические показатели существенно нормализовались: уровень МДА составил ($4,7 \pm 0,08$) мкмоль / л ($P < 0,05$), концентрация ДК снизилась в ходе лечения, составив при этом ($10,9 \pm 0,3$) мкмоль / л, интегральный показатель ПГЕ в основной группе составлял ($4,8 \pm 0,24$)%, что превышало норму в 1,3 раза ($P < 0,001$). Активность КТ составляла ($284,4 \pm 8,3$) МЕ / мгНб, что было в 1,2 раза ниже нормы ($P < 0,05$), активность СОД равна ($23,9 \pm 0,9$) МЕ / мгНб, то есть оставалась в 1,18 раза ниже нормы ($P < 0,05$) (таблица).

Таким образом, у обследованных больных отмечена некоторая тенденция к снижению концентрации метаболитов ПОЛ, но их со-

держание в крови остается достоверно выше нормы. На момент завершения основного курса лечения больных с ОРВИ на фоне ХОБЛ отмечена положительная динамика активности ферментов системы АОЗ - КТ и СОД, однако при этом показатели их активности остаются ниже нормы. Следовательно, проведение общепринятой терапии у больных ОРВИ на фоне ХОБЛ имеет определенное положительное влияние на изученные клинические и биохимические показатели, в частности на активность процессов ПОЛ и состояние ферментативного звена системы АОЗ, но не обеспечивает полной нормализации изученных показателей более чем у 80% пациентов.

Выводы

1. У больных острыми респираторными вирусными инфекциями в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких выявлены четко выраженные признаки активации липопероксидации, характеризующиеся повышением в сыворотке крови концентрации промежуточных и конечного продуктов ПОЛ и увеличение показателя ППЕ, также мы наблюдаем угнетение функциональной активности ферментативного звена системы АОЗ.

2. Проведение общепринятой терапии у больных ОРВИ на фоне ХОБЛ происходит снижение содержания в сыворотке крови промежуточных и конечного продуктов липопероксидации и показателя ППЕ, что указывает на выраженную деструкцию клеточных мембран вследствие сохранения процессов окисления их липидного слоя.

3. В клиническом плане не происходит достижение стойкой клинической ремиссии хронической бронхолегочной патологии, потому целесообразным является медикаментозная коррекция изученных нарушений.

Литература

1. Андреев Л.И. Методика определения малонового диальдегида / Л.И. Андреев, Л.А. Кожмякин // *Лабораторное дело*. - 1988. - № 11. - С. 41 - 43.

2. Ватутин Н. Т. Хроническая обструктивная болезнь легких: определение, эпидемиология, патофизиология, клиника и лечение / Н.Т. Ватутин, А.С. Смирнова, Г.Г. Тарадин // *Архивъ внутренней медицины*. - 2015. - № 6 (26). - С. 3-13.

3. Гаврилов В.Б. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови / В.Б. Гаврилов, М.И. Мишкородная // *Лабораторное дело*. - 1983. - № 3. - С. 33-36.

4. Дьяченко Т.В. Эффективность применения антигомотоксичных препаратов у больных с хронической патологией бронхолегочной патологии и лор-органов / Т.В. Дьяченко, Н.А. Пересадин // *Український медичний альманах*. - 2010. - № 13 (3). - С. 75-79.

5. Купченко А.Н. Современные принципы диагностики и лечения ОРВИ / А.Н. Купченко, Ж.Б. Понежева // *Архивъ внутренней медицины*. - 2016. - № 1 (27). - С. 6-12.

6. Лабораторная диагностика острых респираторных и других вирусных инфекций / А.А. Соминина, А.И. Банников, В.В. Зарубаев, М.М. Писарева // *Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия*. - СПб., 2003. - С. 70-91.

7. Мингазова С.Р. Роль ферментов биотрансформации ксенобиотиков при пылевой патологии органов дыхания / С.Р. Мингазова, Т.В. Викторова, Л.З. Ахмадишина // *Медицина труда и промышленная экология*. - 2009. - № 11. - С. 30-33.

8. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія» // *Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007*. - К., 2007. - С.105-146.

9. Терешин В.А. Эффективность лечения пациентов с частыми ОРВИ на фоне хронических болезней ЛОР-органов / В.А. Терешин, Н.А. Пересядин, Я.А. Соцкая, О.В. Круглова // *Практическая медицина*. - 2013. - № 5 (74). - С. 166-169.

10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких / А.Г. Чучалин, С.Н. Авдеев, З.Р. Айсанов, А.С. Белевский [и др.] // *Российское респираторное общество. Пульмонология*. - 2014. - № 3. - С. 15-54.

11. The role of regulatory T-cells in chronic and acute viral infections / Y. Keupan, S.M. Card, P.J. McLaren [et al]. // *Clin. Infect. Dis*. - 2008. - Vol. 46 (7). - P. 1046-1052.

Резюме

Кузовлева И.А., Соцкая Я.А. Активність процесів ліпопероксидації у больових острих респираторних вірусних інфекціях в поєднанні з хронічною обструктивною хворобою легень.

Изучено состояние процессов липопероксидации и антиоксидантной защиты у больных острыми респираторными вирусными инфекциями на фоне хронической обструктивной болезни легких.

Ключевые слова: перикисне окислення ліпідів, антиоксидантна захиста.

Резюме

Кузовлева І.О., Соцька Я.А. Активність процесів ліпопероксидації у хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції в поєднанні з хронічною обструктивною хворобою легень.

Вивчено стан процесів ліпопероксидації та антиоксидантного захисту у хворих на гострі респіраторні вірусні інфекції на тлі хронічної обструктивної хвороби легень.

Ключові слова: перікісне окислення ліпідів, антиоксидантний захист.

Summary

Kuzovleva I.A., Sotckaya Y.A. Activity of lipid peroxidation in patients with acute respiratory infection in combination with chronic obstructive pulmonary disease.

The state of lipid peroxidation and antioxidant defense in patients with acute respiratory viral infections in chronic obstructive pulmonary disease.

Key words: lipidperoxidation, antioxidant protection.

Рецензент: проф., д.мед.н. Л.Н. Иванова

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СО
СТОРОНЫ СИСТЕМЫ ГЛУТАТИОНА У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ТОНЗИЛЛИТОМ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ
ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ**

Я.А. Соцкая, К.А. Саламех

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Вступление

В настоящее время острый тонзиллит (ОТ), который часто возникает на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), является одной из наиболее важных проблем современной инфектологии, что вызывает повышенный интерес к изучению его патогенеза [1-3]. Так, существенное внимание уделяется сдвигам показателей системы глутатиона у больных с ОТ на фоне ХОБЛ. В работах последних лет особенности клинического течения и исходов ОТ на фоне ХОБЛ соотносят с нарушениями баланса системы липопероксидации и антиоксидантной защиты. Ранее нами были изучены показатели системы липопероксидации и установлено достоверное их повышение у больных ОТ на фоне ХОБЛ. Поэтому мы считаем патогенетически обоснованным изучение показателей антиоксидантной системы у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Известно, что повреждающему действию свободных радикалов и перекисных соединений на клеточные и субклеточные биомембраны препятствует многокомпонентная система антиоксидантной защиты, одним из ключевых звеньев которой является ферментативная редокс-система глутатиона [9]. В состав редокс-системы глутатиона (СГ) входят восстановленный глутатион (ВГ) и ферменты, обеспечивающие регенерацию ВГ из окисленной формы глутатиона (ОГ), а именно глутатионпероксидаза (ГП), глутатионредуктаза (ГР) и глутатионтрансфераза (ГТ) [9]. Известно, что ВГ поддерживает высокую активность тиолсодержащих ферментов и оказывает стабилизирующее влияние на состояние высокореакционных SH-групп в мембранах [10]. Данная система обеспечивает детоксикацию перекисей, органических гидроперекисей, а также инактивацию свободных радикалов [9]. Следует отметить, что система глутатио-

на играет значительную роль в функционировании клеток печени [9, 16]. Поэтому изучение показателей системы глутатиона при коморбидной патологии в виде НАСГ на фоне СД 2-го типа является целесообразным при разработке рациональных подходов к лечению пациентов с данной сочетанной патологией.

Целью работы было оценка патогенетической значимости нарушений со стороны системы глутатиона у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением было 36 больных ОТ на фоне ХОБЛ в возрасте от 18 до 45 лет, находившиеся на обследовании и лечении в боксированном отделении ГУ «ЛГМБ №4», из них было 20 (55,6%) пациентов мужского и 16 (44,4%) лиц женского пола.

Общепринятые лабораторные методы исследования включали клинический анализ крови и мочи, изучение концентрации глюкозы в крови. Кроме того, для реализации цели исследования у всех пациентов, находившихся под наблюдением, изучали концентрацию ВГ и ОГ в сыворотке крови [10] с расчетом коэффициента ВГ/ОГ, а также активность специфических ферментов: ГП, ГР, ГТ в гомогенате эритроцитов [10, 11]. Статистическую обработку полученных результатов исследования проводили на персональном компьютере Intel Pentium Core Duo при помощи одно- и многофакторного дисперсионного анализа (пакеты лицензионных программ Microsoft Office 2010, Microsoft Exel Stadia 6.1/prof и Statistica, XLSTAT - Pro для MS Excel, Statistical Package for Social Science) [7, 8].

Полученные результаты и их обсуждение

В результате проведенных исследований было установлено, что у больных ОТ на фоне ХОБЛ до начала проведения лечения уровень ВГ у крови был сниженным в 1,54 раза относительно соответствующего показателя нормы и составлял в среднем $(0,65 \pm 0,02)$ ммоль/л (при норме $1,0 \pm 0,03$ ммоль/л; $P < 0,01$). Концентрация ОГ в данный период обследования была выше нормы в среднем в 3,2 раза и составляла $(0,51 \pm 0,03)$ ммоль/л (при норме $0,16 \pm 0,04$ ммоль/л; $P < 0,001$). Коэффициент ВГ/ОГ на момент начала лечения равнялся $1,27 \pm 0,04$, что было в среднем в 4,92 раза ниже соответствующего показателя нормы $(6,25 \pm 0,03; P < 0,001)$. Таким образом установлено, что у больных с коморбидной патологией в виде ОТ на фоне ХОБЛ до начала лечения отмечался дисбаланс со стороны показателей системы глутатиона, связанный со снижением содержания ВГ и в то же время увеличением уровня ОГ в сыворотке крови. Возможно, данное обстоя-

ятельность связано с повышением потребления ВГ во время нейтрализации свободных радикалов, образующихся в результате активации процессов липопероксидации, что отмечается при возникновении оксидативного стресса у больных с данной патологией [16].

При специальном биохимическом исследовании активности ферментов системы глутатиона в гомогенате эритроцитов обследованных больных было установлено, что активность ГП до начала лечения была сниженной в среднем в 1,3 раза относительно нормы ($156,2 \pm 4,3$ нмоль ГВ/мин т Нб) и составляла в среднем ($119,3 \pm 3,6$) нмоль ГВ/мин т Нб ($P < 0,05$). Активность ГР была снижена касательно соответствующего показателя нормы ($35,4 \pm 1,5$ мкмоль НАДФ2/мин т Нб) в среднем в 1,5 раза и составляла до начала проведения лечения ($23,6 \pm 1,4$) мкмоль НАДФ2/мин т Нб ($P < 0,05$). Активность ГТ была ниже показателя нормы ($160,5 \pm 4,5$ нмоль ГВ/хв т Нб) в среднем в 1,4 раза и равнялась в данный момент исследования ($116,2 \pm 5,1$) нмоль ГВ/мин т Нб; $P < 0,05$). Полученные данные свидетельствуют о достоверном уменьшении активности ферментов системы глутатиона у больных ОТ на фоне ХОБЛ. Исходя из полученных результатов исследования можно считать, что сниженный уровень ВГ в крови обследованных больных с данной коморбидной патологией связан не только с повышенной необходимостью этого метаболита для связывания продуктов липопероксидации и свободных радикалов, но также с уменьшением возможности ресинтеза ВГ из ОГ в результате уменьшения активности ферментов редокс-системы глутатиона.

При повторном биохимическом обследовании на момент завершения курса общепринятого лечения больных ОТ на фоне ХОБЛ уровень ВГ, несмотря на положительную динамику, был ниже нормы в среднем в 1,23 раза и составлял ($0,81 \pm 0,03$) ммоль/л, коэффициент ВГ/ОГ - в 2,2 раза и равнялся $1,4 \pm 0,9$, концентрация ОГ в этот период обследования сохранялась достоверно повышенной относительно соответствующего показателя нормы в 2,2 раза и равнялась ($0,35 \pm 0,02$) ммоль/л.

При повторном биохимическом обследовании после завершения общепринятого лечения у больных ОТ на фоне ХОБЛ была установлена некоторая позитивная динамика со стороны активности ферментов СГ, но полного восстановления их активности все же не происходило. Так, активность ГП составляла в этот период в среднем ($130,2 \pm 3,2$) нмоль ГВ/мин т Нб, что было ниже показателя нормы в 1,2 раза ($P < 0,05$), активность ГР равнялась ($27,2 \pm 1,3$) мкмоль НАДФ2/

мин т Нв, что было в 1,3 раза меньше показателя нормы ($P < 0,05$), активность ГТ равнялась ($131,6 \pm 4,3$ нмоль ГВ/хв т Нв), что было в 1,22 раза меньше нормы ($P < 0,05$). Следовательно, полученные данные свидетельствуют о недостаточной эффективности общепринятой терапии касательно восстановления активности ферментов системы глутатиона у пациентов с наличием ОТ на фоне ХОБЛ.

Поскольку по полученным данным общепринятая терапия не обеспечивает полной нормализации показателей системы глутатиона, что заключалось в сохранении сниженных значений ВГ в крови и активности ферментов редокс-системы глутатиона (ГТ, ГР, ГП), можно считать целесообразным в дальнейшем изучить перспективность включения в комплексную терапию пациентов с наличием ОТ на фоне ХОБЛ метаболически активных препаратов, которые бы оказывали антиоксидантный эффект и способны нормализовать изученные показатели СГ.

Выводы

1. У больных ОТ на фоне ХОБЛ при биохимическом исследовании до начала лечения выявлено дисбаланс показателей системы глутатиона, а именно снижение уровня ВГ в сыворотке крови и повышение концентрации ОГ наряду с угнетением активности ферментов редокс-системы глутатиона.

2. Общепринятое лечение больных ОТ на фоне ХОБЛ не обеспечивает нормализации изученных показателей системы глутатиона и полной клинико-биохимической ремиссии. В дальнейшем можно считать перспективным и целесообразным провести исследование эффективности метаболически активных препаратов, способствующих восстановлению функционального состояния СГ у больных ОТ на фоне ХОБЛ.

Литература

1. Антонова Л.Ф. Из опыта работы специализированного инфекционного стационара для госпитализации больных ангинами / Л.Ф. Антонова, О.В. Круглова, Б. Шакая // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии: сборник научных работ. - Киев; Луганск; Харьков, 2003. - Вып. 2 (48). - С. 489-493.

2. Брико Н.И. Стрептококковые инфекции в начале XX века: состояние проблемы и перспективы контроля / Н.И. Брико // Инфекционные болезни. - 2010. - № 8 (материалы II ежегодного Всерос. конгресса по инф. бол. (Москва, 29 - 31 марта 2010 г.)). - С. 47.

3. Деменков В.Р. Диагностика и лечение ангины и хронического тонзиллита. / В.Р. Деменков, В.М. Фролов, Н.А. Пересадин. - Киев; Луганск, 2003. - 23 с.
4. Комаров Ф.И. Биохимические исследования в клинике / Ф.И. Комаров. - М.: Медпресс-информ, 2003. - 168 с.
5. Крылов А.А. К проблеме сочетаемости заболеваний / А.А. Крылов // Клиническая медицина. - 2000. - № 1. - С. 56-58.
6. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2000. - 320 с.
7. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.
8. Возможность коррекции интоксикационного синдрома при повторных тонзиллитах / М.Г. Ласеева, В.Ф. Павелкина, Н.П. Амтлеева [и др.] // Инфекционные болезни. - 2012. - № 10 (материалы IV ежегодн. Всероссийского конгресса по инфекционным болезням (Москва, 26 марта – 28 марта 2012 г.)). - С. 218.
9. Мальцев Г.Ю. Методы определения содержания глутатиона и активности глутатионпероксидазы в эритроцитах / Г.Ю. Мальцев, Н.В. Тышко // Гигиена и санитария. - 2002. - № 2. - С. 69-72.
10. Мецишен И.Ф. Метод определения активности глутатионтрансферазы в крови / И.Ф. Мецишен // Применение ферментов в медицине: матер. докл. научной конференции. - Симферополь, 1987. - С. 135-136.
11. Покровский В.И. Стрептококкозы. Стрептококковые инфекции / В.И. Покровский, Н.И. Брико. - М.: ГЕОТАР медицина, 2006. - 386 с.
12. Фролов В.М. Патогенез и терапия тяжелых форм ангины (клинико-биохимические и иммунологические исследования) / В.М. Фролов, Ю.Л. Волянский, К.Г. Заболотный. - Харьков; Луганск: изд-во ЛГМУ, 2007. - 236 с.
13. Хуснутдинова Л.М. Микрофлора слизистой оболочки миндалин человека в норме и при патологии / Л.М. Хуснутдинова // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии. - 2006. - № 1. - С. 60-63.
14. Чхетиани Р.Б. Об этиопатогенетической роли вирусных агентов в генезе ангины / Р.Б. Чхетиани, С.С. Крюкова // Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии: сборник научных работ. - Киев; Луганск; Харьков, 2003. - Вып. 2 (48). - С. 310-312.
15. Шаповалова И.А. Влияние циклоферона на показатели местного иммунитета слизистой оболочки ротоглотки у лиц, страдающих повторными ангинами / И.А. Шаповалова, Р.Б. Чхетиани // Украинский медицинский альманах. - 2008. - № 11 (2). - С. 168-172.
16. Guay D. Short-cours antimicrobial therapy of acute tonsillitis / D. Guay // Drugs. - 2003. - Vol. 63. - P. 2169-2184.

17. Low D.E. *A practical guide for the diagnosis and treatment of acute tonsillitis* / D.E. Low, M. Desroisers, J. McSherry // *Can. Med. Assoc. J.* – 2007. – Vol. 156. – P. 1-14.

18. Tamashiro E. *Implications of bacterial biofilms in tonsillary pathology* / E. Tamashiro, M.B. Antunes, J.N. Palmer // *Braz. J. Infect. Dis.* – 2009. – Vol. 13 (3). – P. 232-235.

19. Wald E.R. *Effectivness of amoxicillin/clavulonate potassum in the treatment of acute tonsillitis* / E.R. Wald, V.A. Steingrube // *Dtsch. Med. Wochenschr.* – 2010. – Vol. 135 (20). – P. 1032-1038.

Резюме

Соцька Я.А., Саламех К. А. *Патогенетична значущість порушень з боку системи глутатіону у хворих на гострий тонзиліт на тлі хронічної обструктивної хвороби легень.*

У хворих на гострий тонзиліт на тлі хронічної обструктивної хвороби легень після завершення загальноприйнятого лікування не відбувалося нормалізації показників системи глутатіону (зберігалися зниженими рівень відновленого глутатіону та активність ферментів редокс-системи глутатіону), що в клінічному плані характеризувалося нестійкою клініко-біохімічною ремісією захворювання.

Ключові слова: гострий тонзиліт, хронічна обструктивна хвороба легень, глутатіон, загальноприйняте лікування.

Резюме

Соцкая Я.А., Саламех К. А. *Патогенетическое значение нарушений со стороны системы глутатиона у больных острым тонзиллитом на фоне хронической обструктивной болезни легких.*

У больных острым тонзиллитом на фоне хронической обструктивной болезни легких после завершения общепринятого лечения не происходило нормализации показателей системы глутатиона (сохранялся сниженным уровень восстановленного глутатиона и активности ферментов редокс-системы глутатиона), что в клиническом плане характеризовалось нестойкой клинико-биохимической ремиссией заболевания.

Ключевые слова: острый тонзиллит, хроническая обструктивная болезнь легких, глутатион, общепринятое лечение.

Summary

Sotckaya Ya.A., Salameh K.A. *Pathogenetic significance of violations of the glutathione system in patients with acute tonsillitis chronic obstructive pulmonary disease.*

Patients with acute tonsillitis chronic obstructive pulmonary disease after conventional treatment of occurred normalization of the glutathione system (maintained reduced the level of restored glutathione and activity of enzymes of redox-system of glutathione), which in clinical terms was characterized by unstable clinical and biochemical remission of the disease.

Key words: acute tonsillitis, chronic obstructive pulmonary disease, glutathione, conventional treatment.

Рецензент: проф., д.мед.н. Ю.Н. Колчин

**ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ «СРЕДНИХ МОЛЕКУЛ»
КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ВЛИЯНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИ
АКТИВНОГО ПРЕПАРАТА АЛЬФА-ЛИПОНА У БОЛЬНЫХ
СТЕАТОЗОМ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ
НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТИТОМ НА ФОНЕ
СИНДРОМА ПОВЫШЕННОЙ УТОМЛЯЕМОСТИ**

А.Н. Трофименко, Е.А. Трофименко, В.А. Дзюбенко
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

В настоящее время стеатоз печени (СП) является не только серьезной медицинской, но также экономической и социальной проблемой [1]. По данным современных медико-статистических исследований в условиях большого промышленного региона Донбасса СП встречается достоверно чаще, чем в зонах с относительно благоприятной экологической ситуацией [2].

Синдром повышенной утомляемости (СПУ) был впервые описан через 3 года после аварии на ЧАЭС при обследовании 1030 практически здоровых лиц, постоянно проживающих в г.Киеве и Киевской области и работающих на разных промышленных предприятиях [3]. В этих исследованиях было установлено, что у значительного количества, так называемых, «практически здоровых» жителей Киевской области и г.Киева (710 лиц или 69%) в условиях умеренно выраженных профессиональных вредностей (производство антибиотиков и других лекарственных препаратов, электрогазосварка и прочее) имело место увеличение частоты ОРВИ, обострений хронической сопутствующей патологии ЛОР-органов, хронических неспецифических заболеваний верхних дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы на фоне снижения работоспособности, повышенной утомляемости, немотивированной тревоги, ухудшения памяти, першения и боли в горле, периодически возникающего субфебрилитета [4]. Именно этот патологический симптомокомплекс получил название СПУ. Исследования показали, что чаще всего СПУ развивается у больных с фоновыми хроническими поражениями билиарной системы: хроническим некалькулезным

холециститом (ХНХ), холангитом, а также при хронических гепатитах невирусной этиологии, в частности стеатогепатите [5]. Патогенез СП, сочетанного с ХНХ на фоне СПУ, тесно связан с наличием так называемого синдрома “метаболической интоксикации” (СМИ). Поэтому наше внимание привлекла возможность использования в комплексе лечения пациентов с данной патологией современного метаболически активного препарата альфа-липона [6].

Целью данной работы был анализ влияния альфа-липона на уровень «средних молекул» у больных СП, сочетанным с ХНХ на фоне СПУ.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 2 группы больных с диагнозом СП, сочетанный с ХНХ на фоне СПУ – основная (36 пациентов) и группа сопоставления (34 пациента) в возрасте от 28 до 55 лет. Диагноз хронической патологии печени и желчного пузыря выставлялся по данным анамнеза, клинического и лабораторного обследования (в частности исследований содержания желчи после проведения дуоденального зондирования) и результатов ультразвукового исследования (УЗД) состояния органов брюшной полости. Обе группы обследованных – основная и сопоставления, были рандомизированы по полу, возрасту, общей длительности заболевания, частоте обострений СП и ХНХ за последний календарный год, а также выражением СМИ. Больные основной группы получали в комплексе лечения альфа-липон по 0,6 г (2 таблетки) раз в день утром в течение 1-2 месяцев подряд.

Альфа-липон - это препарат, действующей основой которого является α -липоевая кислота (тиоктовая кислота, витамин N), которая обладает антиоксидантным, антитоксическим, гепатопротекторным эффектами, повышает устойчивость клеток к гипоксии, играет важную роль в расщеплении белков, углеводов, липидов, окислении жирных кислот, а также позитивно влияет на скорость основного обмена [6].

Больные из группы сопоставления получали лишь общепринятое лечение. Кроме общепринятого клинико-лабораторного обследования, больным проводили определение уровня «средних молекул» (СМ) методом, предложенным В.В. Николаичиком и соавторами [7]. Этот показатель свидетельствует о наличии так называемого синдрома эндогенной метаболической интоксикации [8]. Полученные данные обрабатывали математически на персональном компьютере Intel Core 2 Duo, 2130 MHz с применением

стандартных пакетов прикладных программ Microsoft Windows 7, Microsoft Office 2007, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof и Statistica [9].

Полученные результаты и их обсуждение

При проведении изучения эффективности альфа-липона в обеих группах обследованных до начала лечения была однотипная картина заболевания, которая характеризовалась сочетанием жалоб диспепсического, астенического, астено-невротического или астено-депрессивного характера с вегетативными расстройствами: боль в правом подреберье, сопровождающаяся нелокализованной болью в мышцах, общей слабостью и головокружением. Нами также было отмечено у ряда больных небольшое увеличение печени, которая выступала из-под края реберной дуги на 2-4 см, повышение ее плотности, чувствительность края печени при пальпации, слабо или умеренно положительные симптомы Кера, Ортнера, Раухбе, что свидетельствовало о наличии обострения или неполной ремиссии ХНХ. Для больных, которые наблюдались, были типичными психоэмоциональные расстройства, характеризующиеся симптоматикой астенического или астено-невротического, реже – астено-депрессивного характера. Поэтому среди субъективных симптомов доминирующими были: постоянное ощущение усталости, которое наблюдалось у всех обследованных и не исчезало после отдыха; общая слабость и выраженное недомогание отмечалось у подавляющего большинства обследованных. Характерным было также наличие повышенной раздражительности, выраженной эмоциональной лабильности, снижения аппетита, тупой диффузной боли в мышцах и суставах (миалгии и артралгии), которые усиливались после физической нагрузки. Нередко наблюдался периодически возникающий субфебрилитет, преимущественно в вечернее время, увеличение и чувствительность или умеренная болезненность заднешейных лимфоузлов (симптом Дранника-Фролова).

При исследовании уровня СМ до лечения было установлено, что до начала лечения у больных СП, сочетанным с ХНХ на фоне СПУ имели место четко выраженные нарушения со стороны показателя СМ в сторону его повышения. Так, основной группе уровень СМ был повышен в среднем в 4,1 раза относительно нормы ($2,26 \pm 0,09$ г/л; $P < 0,01$), в группе сопоставления – в 3,9 раз ($2,18 \pm 0,08$ г/л; $P < 0,01$), что свидетельствовало о нарушении метаболического гомеостаза и наличии четко выраженного СМИ у обследованных

нами больных. Нарушение со стороны уровня СМ мы трактовали в целом как наличие четко выраженного синдрома эндогенной метаболической интоксикации [8].

После проведенного лечения у больных основной группы (которая получала дополнительно альфа-липон) отмечалась также четко выраженная положительная динамика со стороны СМ – уровень СМ существенно снижался и составлял в среднем $0,60 \pm 0,015$ г/л ($P < 0,01$). В то же время в группе сопоставления (которая получала лишь общепринятое лечение) сохранялось достоверное повышение данного показателя ($1,3 \pm 0,02$ г/л; $P < 0,01$). Показательно, что вместе с четко выраженной позитивной динамикой уровня СМ, у больных основной группы отмечалось также существенное улучшение клинической симптоматики: уменьшение слабости, недомогания, повышения физической и умственной работоспособности, ликвидация вечернего субфебрилитета, исчезновение боли в горле. Длительность сохранения общей слабости сокращалась в среднем на $5,7 \pm 0,2$ дня относительно группы сопоставления, то есть в 1,8 раза ($P < 0,05$), недомогания – в среднем $5,8 \pm 0,2$ дня (в 1,8 раз; $P < 0,01$), повышенной утомляемости – на $7,1 \pm 0,25$ дня (в 2 раза; $P < 0,01$), снижения работоспособности на $7,2 \pm 0,22$ дня (в 2 раза; $P < 0,01$), диффузной головной боли – на $4,2 \pm 0,12$ дня (в 1,8 раза; $P < 0,05$), повышенной раздражительности – на $7,4 \pm 0,2$ дня (в 2 раза; $P < 0,01$), субфебрилитета – на $5,6 \pm 0,2$ дня (в 2,1 раза; $P < 0,01$), ощущение першения в горле – на $7,2 \pm 0,2$ дня (в 2,2 раза; $P < 0,01$), увеличения и чувствительности лимфатических узлов – на $8,5 \pm 0,25$ дня (в 2,8 раза; $P < 0,01$), нарушений сна – на $7,2 \pm 0,22$ дня (в 2 раза; $P < 0,01$). Таким образом, вместе с нормализацией концентрации СМ у больных, которые получали альфа-липон, отмечено улучшение их клинического состояния. Это позволяет считать патогенетически обоснованным и клинически эффективным включение альфа-липона в лечебный комплекс больных СП, сочетанным с ХНХ на фоне СПУ. Следовательно, можно считать, что у пациентов основной группы имеет место более быстрое уменьшение выраженности синдрома эндогенной метаболической интоксикации, что подтверждалось снижением концентрации СМ в сыворотке крови.

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности альфа-липона в комплексе лечения больных СП, сочетанным ХНХ на фоне СПУ, которые проживают в условиях большого промышленного

региона Донбасса. Это дает возможность считать перспективным использование данного препарата в лечении данной патологии.

Литература

1. Філіпов Ю.О. Стеатоз печінки при захворюваннях жовчовивідних шляхів / Ю.О. Філіпов, Л.Я. Мельниченко, С.С. Ягмур // Гастроентерологія: міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2005. – Вип. 36. – С. 312-318.
2. Філіпов Ю.О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю.О. Філіпов, І.Ю. Скирда, Л.М. Петречук // Гастроентерологія: міжвід. зб. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3-9.
3. Фролов В.М. Проблемы иммуноэкологии: от синдрома повышенной утомляемости до синдрома хронической усталости / В.М. Фролов, Г.Н. Дранник // Иммунология та алергологія. – 1998. – № 1. – С. 69-81.
4. Дранник Г.М. Синдром підвищеної стомленості в практичній медицині / Г.М. Дранник, В.М. Фролов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць.- Київ; Луганськ; Харків, 2003.- Вип. 1 (47).- С. 74-82.
5. Фролов В.М. Терапевтическая тактика при синдроме повышенной утомляемости на фоне хронических заболеваний гепатобилиарной системы / В.М. Фролов // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наук. праць.- Київ; Луганськ; Харків, 1998.- Вип. 2. - С. 182-186.
6. Альфа-ліпон: інструкція для медичного застосування / Затверджена 20.07.06 р. Наказом МОЗ України № 499.
7. Способ определения "средних молекул" / В.В. Николайчик, В.М. Моин, В.В. Кирковский // Лабораторное дело. – 1991. – № 10. – С. 13 – 18.
8. Громашевская Л.Л. «Средние молекулы» как один из показателей «метаболической интоксикации» в организме / Л.Л. Громашевская // Лабораторная диагностика. – 1997. – № 1. – С. 11–16.
9. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2002. – 160 с.

Резюме

Трофименко А.Н., Трофименко Е.А., Дзюбенко В.А. Изменение концентрации «средних молекул» как показатель влияния метаболически активного препарата альфа-липона у больных стеатозом печени, сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом на фоне синдрома повышенной утомляемости.

Для коррекции уровня «средних молекул» мы использовали современный метаболически активный препарат альфа-липон, который обладает антиоксидантным, антитоксическим, гепатопротекторным эффектами, а также повышает устойчивость клеток к гипоксии. После проведенного лечения у больных, которые получали альфа-липон отмечалось существенное улучшение клинической картины, а также наблюдалась выраженная положитель-

ная динамика со стороны СМ – уровень СМ существенно снижался и практически достигал нормы. Полученные результаты позволяют сделать вывод о высокой эффективности альфа-липона в комплексе лечения больных СП, сочетанным ХНХ на фоне СПУ. Это дает возможность считать целесообразным и перспективным использование данного препарата в лечении данной патологии.

Ключевые слова: синдром повышенной утомляемости, стеатоз печени, средние молекулы, альфа-липон.

Резюме

Трофименко О. М., Трофименко Е. О., Дзюбенко В. А. *Зміна концентрації «середніх молекул» як показник впливу метаболічно активного препарату альфа-липона у хворих стеатозом печінки, поєднаним з хронічним некалькульозним холециститом на тлі синдрому підвищеної стомлюваності.*

Для корекції рівня «середніх молекул» ми використовували сучасний метаболічно активний препарат альфа-ліпон, який має антиоксидантну, антитоксичну, гепатопротекторну ефектами, а також підвищує стійкість клітин до гіпоксії. Після проведеного лікування у хворих, які отримували альфа-ліпон відзначалося істотне поліпшення клінічної картини, а також спостерігалась виражена позитивна динаміка з боку СМ – рівень СМ істотно знижувався і практично досягав норми. Отримані результати дозволяють зробити висновок про високу ефективність альфа-липона в комплексі лікування хворих на СП, поєднаним ХНХ на тлі СПУ. Це дає змогу вважати доцільним та перспективним використання даного препарату у лікуванні даної патології.

Ключові слова: синдром підвищеної стомлюваності, стеатоз печінки, середні молекули, альфа-ліпон.

Summary

Trofimenko, A. N., Trofimenko E. A. Dzyubenko, V. A. *Change in the concentration of "middle molecules" as an indicator of the effects of metabolically active drug alpha-lipon in patients with hepatic steatosis, combined with chronic acalculous cholecystitis at the background of the syndrome fatigue.*

For the correction of the level of "average molecules", we used a metabolically active drug alpha lipon, which has antioxidant, antitoxic, hepatoprotective effects, and also increases the resistance of cells to hypoxia. After treatment, patients who received alpha-lipon there was a significant improvement of the clinical picture and observed a strong positive dynamics from the CM – CM level was significantly decreased and almost reached the norm. The obtained results allow to make a conclusion about high efficiency of alpha-lipon in the complex treatment of patients with SP, co-HNH on the background of the socialist party. This gives you the opportunity to consider an appropriate and promising use of this drug in the treatment of this disease.

Key words: fatigue syndrome, hepatic steatosis, medium molecules, alpha-lipon.

Рецензент: проф., д.мед.н. Я.А. Соцкая

**АКТУАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ
И ФАРМАКОТЕРАПИИ**

**ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ФАРМАКОКОРРЕКЦИИ
АЛИМЕНТАРНОГО ОЖИРЕНИЯ ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОГО
ИЗБЫТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАЛЬМОВОГО МАСЛА****Е.Ю. Бибик, Н.В. Шипилова, О.А. Шпулина***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»***Введение**

В настоящее время ожирение является одним из самых распространенных в мире хронических заболеваний. Являясь важнейшей биомедицинской проблемой, по своему вкладу в заболеваемость, ожирение превышает инфекционные заболевания [1]. Последние два столетия повсеместная механизация и автоматизация в быту и на производстве привели к гиподинамии значительной части человечества. Это, в свою очередь, вызвало дисбаланс расхода энергии, изменение течения ряда биохимических процессов и увеличение массы тела человека. Кроме того, использование в пищевой промышленности растительных дешевых и длительно хранящихся жиров при изготовлении молочной и кондитерской продукции, пользующейся широким спросом среди населения различных возрастных групп, тоже является этиологической причиной алиментарного ожирения.

В целом эта проблема становится одной из глобальных, затрагивающих все страны. По данным ВОЗ, в мире насчитывается более 1,7 млрд. людей, имеющих избыточный вес или ожирение. В большинстве стран Европы ожирением страдает от 15 до 25 % взрослого населения [2]. Наибольшее распространение эта патология имеет в США, где доля лиц с ожирением составляет 35% от всего населения. В России в среднем 30% лиц трудоспособного возраста имеют ожирение. В последнее время во всем мире наблюдается рост частоты ожирения у детей и подростков: в развитых странах мира 25 % подростков имеют избыточную массу тела, а 15 % страдают ожирением. Избыточный вес человека в детстве - это существенный предиктор ожирения во взрослом возрасте: 50 % детей, имевших избыточный вес в детстве, становятся тучными во взрослом возрасте, а в подростковом возрасте эта вероятность увеличивается до 80 %. При сохранении существующих тенденций, к 2030 году ожидаемое ко-

личество лиц с избыточным весом составит 3,3 млрд человек [3,4].

Всемирной организацией здравоохранения определяются ключевые критерии качества жизни: физические (жизненная активность, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых); психологические (положительные и отрицательные эмоции, познавательные функции, самооценка, внешний вид, подвижность); уровень независимости (работоспособность, повседневная активность, зависимость от лекарств и лечения); общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность); окружающая среда (быт, безопасность, благополучие, доступность и качество медицинской и социальной помощи, обеспеченность, экология информации); духовность (религия, личные убеждения). Связанное со здоровьем качество жизни выступает как интегральная характеристика физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанная на его субъективном восприятии.

Актуальность этой проблемы обусловлена и тем, что ожирение является неблагоприятным фактором риска развития значительного количества заболеваний и патологических состояний, ассоциированных с метаболическими нарушениями, к которым относятся атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия, синдром ночного апноэ, варикозное расширение вен, приводящих к потере трудоспособности и сокращающих продолжительность жизни человека [2].

Огромный объем среди потребляемых растительных масел сегодня стало занимать пальмовое масло, выжимаемое из сочного околоплодника гвинейской масличной пальмы. Это единственное твердое растительное масло, близкое по составу к животному жиру; затвердевает при температуре ниже 30 °С. Для организма человека безразлично качество потребляемого термически обработанного жира. В настоящее время возрастает удельный вес технического пальмового масла в пищевом рационе жителей нашей планеты. Это обусловлено в первую очередь его дешевизной и длительным сроком хранения. Тенденция к увеличению спроса на рафинированное пальмовое масло приводит к тому, что последнее является основой для многих продуктов питания (сгущенное молоко, маргарин, майонез, кондитерские изделия, шоколадные конфеты, детские молочные смеси и т.д.) [5,6]. Увеличение массовой доли пальмового масла в ежеднев-

ном рационе современного человека может служить потенциальным этиологическим фактором алиментарного ожирения.

История существования лекарственных препаратов для борьбы с ожирением характеризуется необычно высоким числом неудач по достижению конечных результатов снижения массы тела и даже более высокой частотой развития побочных эффектов, которые существенно превосходят положительные примеры лечения. Лекарственные препараты, применяемые при ожирении, можно классифицировать следующим образом:

1. Препараты, снижающие потребление пищи (в том числе анорексигены) – Фепранон, Дезопимон, Мефолин, Фенфлурамин, Дексфенфлурамин, Фенметразин, Мазиндол, Сибутрамин (Меридиа).

2. Препараты, увеличивающие расход энергии – Сибутрамин (Меридиа, Обестат).

3. Препараты, уменьшающие всасывание питательных веществ – Орлистат (Ксеникал).

Сибутрамин, как ингибитор обратного захвата норэпинефрина и серотонина применяется с 1997 года. Он демонстрировал удовлетворительные результаты применения: среднее снижение веса на 4,3% относительно исходных показателей по сравнению с плацебо. Тем не менее, препарат обладает такими основными побочными эффектами как повышение систолического и диастолического давления и увеличение частоты пульса.

Орлистат является обратимым ингибитором панкреатической и желудочной липазы, одобренным FDA в 1998 г. для длительного лечения ожирения. Ингибирование панкреатической липазы приводит к сокращению абсорбции жиров в кишечнике примерно на 30%. Показано, что орлистат вызывает умеренное снижение веса (средние значения – около 3 кг за 12 месяцев в группе лечения по сравнению с плацебо). И, несмотря на это, у пациентов, получавших лечение, также отмечалось уменьшение окружности талии, артериального давления, уровня гликемии и улучшение липидного профиля крови. Несмотря на то, что орлистат является единственным одобренным в США и Европе препаратом для длительного лечения ожирения, его применение в клинической практике ограничено развитием побочных эффектов со стороны пищеварительного тракта, преимущественно стеатореей. Кроме того, есть сведения о возможности тяжелого повреждения печени, почек и поджелудочной железы после применения орлистата [7].

В последнее время изучению биологической роли гормонов эпифиза разной природы уделяется пристальное внимание. Мелатонин обладает широким спектром метаболических и гомеостатических свойств, осуществляет важную функцию регуляторов процессов гомеостаза. Кроме того, мелатонин оказывается вовлечен не только в патогенез диабета, но и в ограничение сопутствующих ему осложнений [8].

Целью нашего исследования явилось изучение влияния мелатонина на динамику изменения массы тела крыс, которые на протяжении 6 недель употребляли в пищу в избыточном количестве пальмовое масло.

Материал и методы исследования

Эксперимент был проведен на 150 белых нелинейных крысах (самки и самцы), которые были разделены на 3 группы и 3 серии (неполовозрелые, половозрелые и крысы старческого возраста): неполовозрелые крысы массой 50-70 г; половозрелые 180-240 г; крысы старческого возраста весом 260-300г (по 50 особей в каждой возрастной серии). Первая группа – интактная. Животные второй группы (контрольная группа) получали ежедневно к суточному рациону рафинированное пальмовое масло в дозе 30 г/кг на протяжении 6 недель. Крысы третьей группы (опытная группа) получали мелатонин в дозе 1,9 мг/кг в сутки в течение 35суток, после окончания 6-недельного приема избыточного количества пальмового масла. В течение эксперимента 1 раз в 7 дней нами осуществлялось контрольное взвешивание животных с последующей оценкой динамики набора веса у крыс в различных возрастных группах. Качественным критерием развития ожирения у животных являлся набор массы при употреблении в ежедневный рацион пальмового масла. Также оценивались такие критерии, как поведение животных, их аппетит, внешние признаки. Полученные результаты обрабатывали статистически на персональном компьютере IntelCore 2 Duo 3,0 GHz с использованием стандартных пакетов прикладных программ Microsoft Windows professional[®], Microsoft Office 2003, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica.

Полученные результаты и их обсуждение

Продолжительный прием в пищу пальмового масла у крыс контрольной группы обозначил тенденцию к резкому увеличению массы тела в динамике, в сравнении с показателями у крыс интактной группы всех изучаемых периодов онтогенеза. Так, к оконча-

нию третьей недели употребления в рацион избыточного количества пальмового масла масса тела неполовозрелых крыс превышала таковую у животных интактной группы на 48,5%, а к концу шестой недели была большей почти в 2,2 раза. Обращает на себя внимание тот факт, что отмена приема пальмового масла у животных контрольной группы не приводит к потере массы тела. Более того, в последующие пять недель наблюдения неполовозрелые животные, получавшие стандартный рацион питания, прибавили в весе 30,84%.

Сравнивая показатели массы тела неполовозрелых животных контрольной группы с аналогичными показателями крыс интактной группы на конец одиннадцатой недели в условиях проводимого нами эксперимента, определяется увеличение в 2,54 раза, что свидетельствует об алиментарном ожирении III степени.

Половозрелые животные, принимавших пальмовое масло, добавленное в ежедневный рацион, к окончанию третьей недели имели прибавку в весе - 36,52 % для самок и 27,79% для самцов. Избыток массы тела половозрелых крыс к концу шестой недели составил 55,88% для самок и 43,35% для самцов. Отсутствие в пищевом рационе пальмового масла на протяжении последующих пяти недель не привело к стабилизации или потере излишнего веса у половозрелых крыс различного пола контрольной группы, напротив, вес увеличился на 9,04% у самок и на 4,09% у самцов.

Животные старческого возраста обоего пола, получавшие в избыточном количестве пальмовое масло, набирали вес умеренно в первые три недели эксперимента, но к концу шестой недели отмечается избыток на - 39,97% для самок и 46,92% для самцов (рис.4,5). После отмены пальмового масла, масса тела крыс старческого возраста контрольной группы продолжает увеличиваться. Так, к концу периода наблюдения она превышает показатели в группе интактных животных на 45,36% у самок и на 50,78% у самцов.

Результаты проведенных исследований по фармакокоррекции возникшего алиментарного ожирения мелатонином показали, что у неполовозрелых животных на протяжении 5 недель происходит постепенный равномерный сброс массы тела. Половозрелые животные, получавшие мелатонин в качестве фармакокорректора, также равномерно теряли в весе, и к концу 5 недели исследования их массы была на уровне значений у крыс интактной группы. В опытной группе крыс старческого возраста обеих полов нами

выявлено уменьшение массы тела в сравнении с таковой у животных контрольной группы, которое к окончанию эксперимента сопоставимо с показателями в интактной группе.

Выводы

1. Включение в пищевой рацион пальмового масла в дозе 30г/кг на протяжении 6 недель приводит к возникновению алиментарного ожирения II-III степени. Максимальное увеличение массы тела (в 2,2 раза) установлено в группе неполовозрелых животных.

2. Кроме того, отмена приема пальмового масла у животных контрольной группы не приводит к потере массы тела. Более того, в последующие 5 недель наблюдения неполовозрелые животные, получавшие стандартный рацион питания, прибавили в весе еще 30,84%. Использование мелатонина в дозе 1,9 мг/кг в сутки в качестве фармакокорректора алиментарного ожирения показало его высокую эффективность у крыс всех изучаемых периодов онтогенеза.

Литература

1. Кузнецова О.С. Социальные и экономические последствия ожирения (по данным литературы) / О.С. Кузнецова, А.В. Чернышев // Вестник ТГУ. - 2014. - № 3. - С. 1012-1013.

2. Седлецкий Ю.И. Современные методы лечения ожирения / Ю.И. Седлецкий. - Руководство для врачей. - СПб: Элби-СПб, 2007. - С. 18-20.

3. Дворецки Л.И. Ожирение и железодефицит. Еще одна коморбидность? / Л.И. Дворецки, О.В. Ивлева // Архивъ внутренней медицины. - 2015. - № 5. - С. 1-5.

4. Self-reported vs. actual energy intake in youth without loss of control eating / L.E. Wolkoff, M. Tanofsky-Kraff, L.B. Shomaker [et al.] // Eat. Behav. - 2011. - Vol.12 (1). - P.15-20.

5. Ильина С.В. Тенденции увеличения спроса на пальмовое масло в странах Европы и России / С.В. Ильина, Е.А. Радюк // Успехи современного естествознания. - 2012. - № 6. - С. 117-118.

6. Функциональные пищевые продукты / А.Ф. Доронин, Л.В. Ипатова, А.А. Кочеткова, А.П. Нечаев [и др.]. - М: Дели принт, 2008. - С.15-17.

7. Orlistat and acute kidney injury: An analysis of 953 patients / M.A. Weir, M.M. Beyea, T. Gomes [et al.] // Arch Intern Med. - 2011. - Vol. 171. - P. 703-704.

8. Джериева И.С. Мелатонин как регулятор метаболических процессов / И.С. Джериева, Н.И. Волкова, С.И. Рапопорт // Клиническая медицина. 2012. - № 10. - С. 27-30.

Резюме

Бибик Е.Ю., Шипилова Н.В., Шпулина О.А. *Потенциальные средства фармакокоррекции алиментарного ожирения после длительного избыточного потребления пальмового масла.*

Экспериментальной моделью служил патологический процесс, развивающийся у крыс различных возрастных групп, которым в ежедневный пищевой рацион включали пальмовое масло в дозе 30 г/кг на протяжении 6 недель. Он характеризовался возникновением алиментарного ожирения II-III степени. Установлено, что в группе неполовозрелых животных прием пальмового масла привел к наиболее выраженным достоверным изменениям массы тела в динамике. Использование мелатонина в дозе 1,9 мг/кг в сутки в качестве фармакокорректора алиментарного ожирения показало его высокую эффективность у крыс всех изучаемых периодов онтогенеза.

Ключевые слова: мелатонин; алиментарное ожирение; пальмовое масло.

Summary

Bibik E.Y., Shipilova N.V., Shpulina O.A. *Potential pharmacocorrector of alimentary obesity after prolonged surplus consumption of palm oil.*

Experimental model is a pathological process that develops in rats of different age groups, which in the daily diet include palm oil at a dose of 30 g / kg for 6 weeks. It was characterized by the emergence of alimentary obesity II-III Degree. It was found that in a group of immature animals receiving palm oil has led to the most severe significant changes in body weight over time. The use of melatonin at a dose of 1,9 mg/kg per day as a pharmacocorrector of alimentary obesity has shown its high effectiveness in rats of all studied periods of ontogenesis.

Key words: melatonin, alimentary obesity, palm oil.

Резюме

Бібік О.Ю., Шипілова Н.В., Шпуліна О.А. *Потенційні засоби фармакокорекції алиментарного ожиріння після тривалого надмірного споживання пальмової олії.*

Експериментальною моделлю був патологічний процес, що формувався у щурів різних вікових груп, яким у щоденний харчовий раціон додавали пальмове масло в дозі 30 г/кг протягом 6 тижнів. Він характеризувався виникненням алиментарного ожиріння II-III ступеню. Встановлено, що в групі нестатевозрілих тварин вживання пальмового масла привело до найбільш вірогідних змін маси тіла в динаміці. Використання мелатоніну в дозі 1,9 мг/кг на добу в якості фармакокоректора алиментарного ожиріння показало його високу ефективність у щурів всіх періодів онтогенезу, що досліджувалися.

Ключові слова: мелатонін, алиментарне ожиріння, пальмова олія.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.И. Лузин

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ
КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРКИНЕЗОВ ПРИ ТИРЕОТОКСИКОЗЕ**

**В.В. Борисенко, В.А. Пеннер, О.Н. Василенко¹,
Т.В. Первомайская²**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 7»¹

диагностическая лаборатория Синэво²

Введение

Тиреотоксикоз представляет собой клинический синдром, обусловленный действием на органы и ткани избытка тиреоидных гормонов вследствие разных причин. Симптомы поражения нервной системы отмечаются у большинства больных тиреотоксикозом, а у лиц молодого возраста нередко являются ведущими в клинике заболевания. Характерны раздражительность, эмоциональная неуравновешенность, бурная мимика, суетливость, плаксивость, неспособность сосредоточиться, избыточная двигательная активность, появление гиперкинезов. Пациентов отличает мелкокоразмашистый тремор пальцев рук (симптом Мари) и языка. Тремор пальцев мешает письму и изменяет почерк. Со стороны мышечной системы наблюдается снижение силы в основном крупных проксимальных мышц, тонус их падает (тиреотоксическая миопатия). Мышечная слабость проявляется особенно при подъеме в гору или по лестнице, вставании с колен или поднятии тяжестей. После нормализации тиреоидного статуса мышечная сила восстанавливается довольно быстро, дольше происходит восстановление мышечной массы. Вследствие бессонницы и мышечной слабости нередко развивается чувство постоянной усталости [1,5,10]. Диагноз уточняется рядом лабораторных и инструментальных исследований. Для оценки тиреоидного статуса достаточно определить сывороточные уровни тиреотропного гормона (ТТГ) и свободных тироксина (сТ4) и трийодтиронина (сТ3). Наибольшее значение имеет исследование ТТГ высокочувствительным методом (тест-наборы III поколения). Напомним, что между уровнем тиреоидных гормонов в крови и ТТГ существует обратная связь. Сниженная концентрация ТТГ при

нормальных значениях сТ3, сТ4 говорит о субклинической форме тиреотоксикоза. При повышении уровня сТ4 и снижении ТТГ диагностируется манифестная форма. Как маркер иммуногенного тиреотоксикоза, повышенный титр антител к рецепторам ТТГ представляет собой доказательство того, что причиной тиреотоксикоза является болезнь Грейвса-Базедова (БГБ), являющаяся в 80% случаев причиной тиреотоксикоза. Оценка этого показателя в динамике, на фоне лечения, свидетельствующая о сохранении повышенного титра антител к рецепторам тиреотропного гормона (рТТГ), ассоциируется с высоким риском рецидива заболевания [3,6,7].

В проведении дифференциально-диагностического поиска для определения причины тиреотоксикоза большое значение имеет ультразвуковое исследование (УЗИ), а в ряде случаев – скинтиграфия ЩЖ. Структурно-функциональные изменения при БГБ характеризуются снижением эхогенности ткани диффузного характера, увеличением объема ЩЖ и усилением кровотока [2].

В начале лечения проводится тиреостатическая терапия для достижения эутиреоза. Известно, что при БГБ с помощью тиреостатиков удается достигнуть ремиссии заболевания у 35–50% пациентов. Длительную консервативную терапию не имеет смысла планировать при больших размерах зоба (объем ЩЖ > 35–40 мл), тяжелых осложнениях тиреотоксикоза, при развитии рецидива тиреотоксикоза спустя 12–18 месяцев полноценной тиреостатической терапии. Тионамиды (тиамазол, пропилтиоурацил) блокируют синтез тиреоидных гормонов и купируют явления тиреотоксикоза. Тиреостатики на начальных этапах лечения назначаются в максимальных дозах: 30–40 мг/сут тиамазола (на 2–3 приема) или 300 мг/сут пропилтиоурацила (на 3–4 приема). На фоне такой терапии спустя 4–6 недель у 90% пациентов с тиреотоксикозом средней тяжести удается достичь медикаментозной компенсации тиреотоксикоза, лабораторным признаком которой является нормализация уровня сТ4 (уровень ТТГ может еще долго оставаться сниженным). С этого момента дозу тиреостатика постепенно снижают до поддерживающей дозы (тиамазол 2,5–10 мг/сут, пропилтиоурацил 12,5–50 мг/сут). Обычно консервативное лечение продолжают 12–24 месяца – чем длительнее тиреостатическая терапия, тем вероятнее устойчивая ремиссия [8,11].

Одной из наиболее тяжелых проявлений поражения нервной системы при тиреотоксикозе являются гиперкинезы. Избыток ти-

роксина в течение длительного времени приводит к перестройке вегетативной нервной системы. Развивающаяся гиперсимпатикотония обуславливает повышенную возбудимость и ранимость нервных окончаний как в периферических, так и в подкорковых синапсах, что нередко клинически проявляется гиперкинетическим синдромом [4].

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей симптоматики гиперкинезов у больных тиреотоксикозом и методов их медикаментозной коррекции.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 18 больных с гиперкинетическим синдромом на фоне тиреотоксикоза. Длительность заболевания варьировала от 5 до 10 лет. Среди них было 17 (94,4 %) женщин и 1 (5,6 %) мужчина. Возраст больных варьировал от 35 до 59 лет, средний возраст 43 года. Причиной тиреотоксикоза у 80% больных является болезнь Грейвса-Базедова, имеющая хроническое рецидивирующее течение. Больные в момент исследования находились в стадии ремиссии, что диагностировалось лабораторно нормализацией уровня сТ3 и сТ4 крови. Все 100% больных получали поддерживающие дозы тиреостатической терапии: тирозол 2,5 – 5 мг/сут. Основная часть больных (88,9%) появление гиперкинезов связывала с обострением заболевания. У 2 больных (11,1%) появление гиперкинетической симптоматики пришлось на период, не связанный с обострением, а обусловленный длительным течением заболевания – более 5 лет.

Полученные результаты и их обсуждение

Гиперкинетическая симптоматика проявлялась в виде: тиков -10 больных (55,6 %), блефароспазма – 8 (44,4 %), тремора языка – 7 (38,9 %), тремора нижней челюсти – 5 (27,8%), лицевого гемиспазма – 3 (16,7 %), лицевого параспазма – 1 (5,6 %). Гиперкинезы появлялись в покое, усиливались при эмоциональном напряжении, переутомлении, во второй половине дня, исчезали во сне. У 11 больных (61,1%) больных гиперкинезы сопровождались усилением вегетативных реакций (потливость, повышение АД, тахикардия, сухость во рту). Помимо гиперкинезов в симптоматике неврологического статуса выявлены следующие признаки: глазодвигательные расстройства – 10 случаев (55,6 %), симптом Мариеску-Родовичи – 7 (38,9 %), девиация языка – 4 (22,2 %), асимметрия лица по центральному типу – 6 (33,3%), сухожильная гиперрефлексия – 5 (27,8 %), сухожильная анизорефлексия – 1 (5,6 %), нарушение равновесия – 7 (38,9 %). По-

явление стабильной неврологической симптоматики в период более 5 лет наличия заболевания щитовидной железы свидетельствует о развитии дисметаболической энцефалопатии.

Основная коррегирующая терапия гиперкинезов базировалась на стабилизации уровня тиреоидных гормонов в крови. Данную терапию мы дополняли препаратами, действие которых направлено на стабилизацию подкорковых влияний и вегетативного статуса. Применялся галоперидол в дозе 5 мг – 1 таблетка утром и вечером в течение 1 месяца с дальнейшим переходом на дозу 2,5 мг утром и вечером в течение 2 месяцев с повторением курса при необходимости через 1- 3 месяца. Для гармонизации медиаторных корково-подкорковых взаимоотношений применялся препарат пантокальцин 0,25 – по 2 таблетки 3 раза в день курсами от 3 месяцев до полугода.

На фоне проводимой терапии наблюдалась стабилизация состояния в виде уменьшения гиперкинезов 17 больных (94,4 %), регресс вегетативных проявлений (100%). Условиями эффективности терапии является исключение провоцирующих факторов, таких как, стрессы, накапливающаяся бессонница, обострение соматической патологии, тяжёлые респираторные вирусные инфекции.

Выводы

1. Таким образом, гиперкинетический синдром является частым осложнением дисметаболической энцефалопатии, развивающейся на фоне гипертиреоза.
2. Галоперидол курсами в сочетании с препаратами гамма-аминомасляной кислоты (в нашем случае пантокальцин) эффективны в коррекции таких гиперкинезов.

Литература

1. Бирюкова Е.В. Синдром тиреотоксикоза в клинической практике / Е.В. Бирюкова, А.И. Евдокимова // *Врач.* - 2015, № 4. - С. 12-18.
2. Гитун Т.В. *Диагностический справочник эндокринолога* / Т.В. Гитун. – М.: АСГ, 2007. – 608 с.
3. Голубчик А.В. *О чём говорят анализы? Справочник* / А.В. Голубчик, Н.Н. Ячменников, И.В. Панова, Е.Н. Ланкова. – М.: Феникс, 2010. – 252 с.
4. Данилова Л.И. *Болезни щитовидной железы и ассоциированные с ними заболевания* / Л.И. Данилова. - Минск, Нагасаки: NASHIM, 2005. - 470 с.
5. *Клиническая эндокринология* / Под ред. Е.А. Холодовой. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. - 736 с.

6. *Лабораторные и инструментальные исследования в диагностике. Справочник / под ред. проф. В.Н. Титова.* – М.: Гэотар-Мед, 2004. – 960 с.

7. *Лабораторный справочник СИНЭВО/ Под ред. О.В. Небыльцовой.* - Киев: Доктор-Медиа, 2013. - 644 с.

8. *Марова Е.И. Болезни органов эндокринной системы / Е.И. Марова, М.И. Балаболкин, И.И. Дедов.* – М.: Медицина, 2000. – 568 с.

9. *Романовский В.Е. Популярная эндокринология: щитовидная железа, сахарный диабет, ожирение / В.Е. Романовский.* – М.: Феникс, 2005. – 224 с.

10. *Braverman L.E. The Thyroid. A fundamental and clinical text / L.E. Braverman.* - Edit. Utiger. - Philadelphia; New-York. Lippincott. – Raven, 2006. – 1224 p.

11. *Krassas G.E. Treatment of Juvenile Graves' disease and its ophthalmic complication: the «European way» / G.E. Krassas // Eur. J. Endocrinology.* - 2014. - Vol. 150. - P. 407-414.

Резюме

Борисенко В.В., Пеннер В.А., Василенко О.Н., Первомайская Т.В. *Особенности клиники и медикаментозная коррекция гиперкинезов при тиреотоксикозе.*

Было обследовано 18 больных с гиперкинетическим синдромом на фоне тиреотоксикоза с длительностью заболевания от 5 до 10 лет, средний возраст 43 года. В момент исследования больные находились в стадии эутиреоза, получали поддерживающие дозы тиреостатической терапии: тирозол 2,5 – 5 мг/сут. Гиперкинетическая симптоматика проявлялась в виде: тиков (55,6 %), блефароспазма (44,4 %), тремора языка (38,9 %), тремора нижней челюсти (27,8%), лицевого гемиспазма (16,7 %), лицевого параспазма (5,6 %). Терапия базировалась на стабилизации уровня тиреоидных гормонов в крови и дополнялась препаратами, действие которых направлено на стабилизацию подкорковых влияний и вегетативного статуса: галоперидол в дозе 5 мг/сут – 1 месяц, затем 2,5 мг/сут - 2 месяца с повторением курса при необходимости через 1- 3 месяца; пантокальцин 1,5 г/сут 3-6 месяцев. На фоне проводимой терапии наблюдалась стабилизация состояния в виде уменьшения гиперкинезов (94,4 %), регресс вегетативных проявлений (100%).

Ключевые слова: тиреотоксикоз, гиперкинезы, тиреостатическая терапия, тирозол, галоперидол, пантокальцин.

Резюме

Борисенко В.В., Пеннер В.А., Василенко О.М., Первомайська Т.В. *Особливості клініки та медикаментозна корекція гіперкінезів при тиреотоксикозі.*

Було обстежено 18 хворих з гіперкінетичним синдромом на тлі тиреотоксикозу з тривалістю захворювання від 5 до 10 років, середній вік 43 роки. У момент дослідження хворі перебували в стадії еутиреозу, отримували підтримуючі дози тиреостатичної терапії: тирозол 2,5-5 мг/добу. Гіперкінетична симптоматика виявлялася у вигляді: тиків (55,6%), блефароспазму (44,4%), тремору язика (38,9%), тремору нижньої щелепи (27,8%), лицьового геміспазму (16,7%),

лицьового параспазму (5,6%). Терапія базувалася на стабілізації рівня тиреоїдних гормонів в крові і доповнювалася препаратами, дія яких спрямована на стабілізацію підкіркових впливів і вегетативного статусу: галоперидол в дозі 5 мг/добу - 1 місяць, потім 2,5 мг/добу - 2 місяці з повторенням курсу при необхідності через 1-3 місяці; пантокальцин 1,5 г/добу 3-6 місяців. На тлі проведеної терапії спостерігалася стабілізація стану у вигляді зменшення гіперкінезів (94,4%), регрес вегетативних проявів (100%).

Ключові слова: тиреотоксикоз, гіперкінези, тиреостатична терапія, тирозол, галоперидол, пантокальцин.

Summary

Borisenko V.V., Penner V.A., Vasilenko O.N., Pervomajskaja T.V. *Features of clinic and medical correction hyperkinesia for thyrotoxicosis.*

The study involved 18 patients with hyperkinetic syndrome on the background of hyperthyroidism with disease duration from 5 to 10 years, mean age 43 years. At the time of the study, patients were under euthyrosis, received maintenance doses of thyrostatic therapy: tirozol 2,5-5 mg/day. Hyperkinetic symptoms manifested in the form of ticks (55,6%), blepharospasmus (44,4%), tremor of tongue (38,9%), tremor of the mandibule (27,8%), facial hemispasmus (16,7%), facial paraspasmus (5,6%). Therapy based on the stabilization of the level of thyroid hormones in the blood, and was supplemented by drugs, the effect of which is aimed at stabilizing subcortical influences and vegetative status: haloperidol at a dose of 5 mg/day - 1 month, then 2,5 mg/day - 2 months with repetition rate, if necessary, 1-3 months; pantocalcin 1,5 g/day 3-6 months. Against the background of the therapy was observed stabilization of the state in the form of decreasing hyperkinesia (94,4%) regressed autonomic manifestations (100%).

Key words: hyperthyroidism, hyperkinesia, thyrostatic therapy, tirozol, haloperidol, pantocalcin.

Рецензент: проф., д.мед.н. Т.В. Мироненко

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ МЕТОТРЕКСАТОМ**

Е.В. Гордиенко, В.В. Макагонова, О.В. Шуляка

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

В странах Европы внематочная беременность в 9-15% случаев является причиной смерти, связанной с беременностью [1,3]. Внематочная беременность остается одним из неотложных состояний в гинекологии, для лечения которой в подавляющем большинстве случаев используется хирургический подход: лапаротомия либо лапароскопия. Распространенность данной патологии остается стабильной во всем мире: в настоящее время на долю внематочной беременности приходится около 1% всех беременностей. Поиск методов консервативного лечения продолжается. Одним из методов лечения внематочной беременности без оперативного лечения является использование химиотерапии метотрексатом [4,5,6]. Преимуществами медикаментозной терапии являются: сохранение трубы, возможно отсутствие самой операции, меньшая стоимость лечения, отсутствие осложнений после операции и анестезии. Накопленный практический опыт лечения внематочной беременности метотрексатом позволил говорить о его эффективности и безопасности при строгом соблюдении показаний и условий для его применения [2]. Наряду с этим известно много побочных эффектов и противопоказаний использования метотрексата. Выраженность побочных эффектов зависит от дозы и продолжительности лечения метотрексатом.

Метотрексат — цитостатический препарат из группы антагонистов фолиевой кислоты. Механизм действия препарата в инактивации дигидрофолатредуктазы, что приводит к снижению уровня тетрагидрофолата (кофактора синтеза ДНК и РНК), тем самым к прерыванию деления клеток трофобласта. Противопоказаниями к назначению метотрексата, за исключением соматической патологии являются: большой размер плодного, определение кардиальной активности эмбриона при УЗИ, низкая комплаентность пациентки, невозможность амбулаторных посещений, высокий уровень ХГЧ (более 5000 ЕД/мл).

Связь работы с научными программами, планами, темами: «Усовершенствование методов профилактики и лечения нарушения здоровья женщин разного возраста и с осложненным течением беременности» (№ госрегистрации 0110U000573).

Материалы и методы исследования

Проведен анализ частоты применения метотрексата при прогрессирующей внематочной беременности: проанализировано 100 случаев лечения внематочной беременности по материалам гинекологического отделения Луганской республиканской клинической больницы в 2013-2016гг. Частота применения метотрексата составила 13%, что вполне соответствует данным современной литературы [1,3,7].

При лечении прогрессирующей эктопической беременности применен медикаментозный метод: системное или местное введение метотрексата (с помощью инъекции препарата в плодный мешок во время лапароскопии или под контролем УЗИ). Для применения медикаментозного лечения у проанализированных женщин, соблюдены следующие условия: стабильность гемодинамических показателей у пациенток (100 %); отсутствие гемодинамически значимого кровотечения (100%); обнаружение внематочной локализации плодного яйца на УЗИ (100%); отсутствие желанной маточной беременности (100%); отсутствие сильной и постоянной боли в животе (85%); комплаентность пациентки и возможность последующего амбулаторного наблюдения (100%); отсутствие противопоказаний к применению метотрексата (100%). Относительные условия применения метотрексата также соблюдались: низкий уровень ХГЧ (менее 5000 мМЕ/мл) у 10 (77%); размер плодного яйца, по данным УЗИ, не более 3,5 см, у 9 (69%); отсутствие кардиальной активности эмбриона (100%). Нами учитывались и противопоказания к системному применению метотрексата: кормление грудью стало причиной отказа в консервативном лечении у 3 пациенток; иммунодефицитные состояния, подтвержденные лабораторными данными – 2 случая, анемия средней и тяжелой степени – 3 случая; лейкопения и тромбоцитопения – 1 случай; язвенная болезнь желудка в стадии обострения – 1 случай. Из числа исследуемых установлено: метотрексат чаще был использован для первичного лечения внематочной беременности – 7 случаев (54%), персистирующей внематочной беременности после консервативной операции на маточной трубе 2 (15%), женщинам у которых проведение оперативного вмешательства было бы проблематично (послеоперационных рубцах передней брюшной стенки и выраженном спаечном процессе) – 3 (23%). Также в нашем ана-

лизе этот метод был применён у женщины с единственной оставшейся маточной трубой, желающей сохранить фертильность – 1 (8%).

Полученные результаты и их обсуждение

У 13 пациенток гинекологического отделения Луганской республиканской клинической больницы применен протокол лечения одной дозой метотрексата, с последующим контролем: в 1 день вводился МТХ в дозе 50 мг/м² площади тела в/м, на 4 день определялся уровень ХГЧ и протокол менялся в зависимости от концентрации ХГЧ, на 7 день вновь определялась концентрация ХГЧ. Если снижение концентрации ХГЧ < 15 % от исходного с 4 по 7 день (или <25% с 1 по 7 день), повторно вводился 50 мг/м² площади тела МТХ в/м. Если снижение концентрации ХГЧ ≥ 15% от исходного ХГЧ с 4 по 7 день (или снижение ≥ 25% с 1 по 7день), то исследовали концентрацию ХГЧ еженедельно до полного исчезновения. Если к 14 дню от момента введения концентрация ХГЧ < 15 % от исходного, назначалась дополнительная доза МТХ 50мг/м² площади тела в/м. При снижении концентрации ХГЧ ≥ 15% с 7 по 14 день, исследование ХГЧ проводилось еженедельно до исчезновения. При введении трех доз и снижении с 21 по 28 дни концентрации ХГЧ < 15%, проводилось оперативное лечение методом лапароскопии. Средний возраст больных составил: 30±0,9 лет. Акушерский и гинекологический анамнезы отягощены у 12 из 13 женщин, что составило 92%. Из них: воспалительные процессы придатков 5 (39%), внематочная беременность в анамнезе у 3 (23%); эрозия шейки матки у 4 (31%); бесплодие первичное у 1 (8%). Успешность лечения в первую очередь зависела от размеров плодного яйца и уровня ХГЧ в крови соответственно, чем меньше размер плодного яйца и меньше уровень ХГЧ, тем чаще наступало выздоровление пациенток без последующего оперативного вмешательства методом лапароскопии (томии). Эффективным лечение метотрексатом оказалось у 9 из 13 женщин, что составило 70%. При неэффективности лечения в 2 случаях (15%) была произведена лапароскопия, а в 2 (15%) была произведена лапаротомия.

Выраженность побочных эффектов зависела от дозы и продолжительности лечения метотрексатом. Побочные эффекты при назначении одной дозы метотрексата были незначительные и преходящие. Наиболее часто наблюдалась тошнота, рвота, боль в животе (6-46%), мукозиты (у 5-39%). Применение метотрексата в 3 случаях (23%) было ассоциировано с кратковременным подъемом уровня печеночных ферментов, но нормализовалось после окончания курса лечения через 20-30 дней. Поскольку метотрексат вызывает лизис

клеток трофобласта и может вызвать незначительное кровотечение в месте эктопической имплантации у 4 (31%) женщин отмечался эпизод усиления болей через некоторое время (3-7 дней) после медикаментозного лечения, сопровождающийся кровянистыми выделениями из половых путей. Боль, вероятно, обусловлена трубным абортом или растяжением трубы из-за формирования гематомы. Применение анальгетиков было достаточным.

Выводы

1. Метотрексат в лечении внематочной беременности применяется у 13% пациенток, по данным гинекологического отделения Луганской Республиканской клинической больницы.

2. В большинстве случаев возраст пациенток старше 30 лет и у 92% из них отягощен акушерско-гинекологический анамнез: хроническими заболеваниями придатков матки и внематочными беременностями.

3. Успешность лечения внематочной беременности метотрексатом, по нашим данным, напрямую зависит от размеров плодного яйца и уровня ХГЧ в крови соответственно: чем меньше размер плодного яйца и меньше уровень ХГЧ, тем чаще наблюдается выздоровление пациенток без необходимости оперативного лечения лапароскопией (томией).

4. Эффективность медикаментозного лечения внематочной беременности метотрексатом (без оперативного вмешательства) составила 69%.

5. Противопоказаниями к назначению метотрексата, за исключением соматической патологии являются: большой размер плодного, определение кардиальной активности эмбриона при УЗИ, низкая комплаентность пациентки, невозможность амбулаторных посещений, высокий уровень ХГЧ (более 5000 ЕД/мл).

Литература

1. Дивакова Т.С. *Эктопическая беременность (этиология, диагностика, современные представления о хирургическом и медикаментозном лечении)* / Т.С. Дивакова, Ю.А. Сачек // Вестник ВГМУ. - 2004. - Т. 3, № 2. - С. 5-12.

2. Стрижаков А.Н. *Внематочная беременность* / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов, М.Н. Шахламова, Л.Д. Белоцерковцева. - М.: Медицина, 2001. - 215 с.

3. *Treatment of interstitial ectopic pregnancy with methotrexate: report of a successful case* / Т. Tanaka, Н. Hayashi, Т. Kutsuzawa [e.a.] // *Fertility and Sterility*. - 1982. - Vol. 37, № 6. - P. 851-852.

4. Tang A. A medical management of interstitial ectopic pregnancy: A 5-year clinical study / A. Tang, D. Baartz, S.K. Khoo // *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. - 2006. - Vol. 46, № 2. - P. 107-111.

5. Methotrexate provides significant cost savings for the treatment of unruptured ectopic pregnancy / F. Lecuru, J.P. Bernard, C. Mac-Cordick [e.a.] // *Clinical Drug Investigatin*. - 1998. - Vol. 15, № 5. - P. 405-411.

6. Ramakrishnan K. Ectopic pregnancy: Expectant management or immediate surgery? An algorithm to improve outcomes / K. Ramakrishnan, D.C. Scheid // *Journal of family practice*. - 2006. - Vol. 55, №. 6. - P. 517-522.

Резюме

Гордиенко Е.В., Макагонова В.В., Шуляка О.В. Эффективность консервативного лечения внематочной беременности метотрексатом.

Проведен анализ эффективности консервативного лечения внематочной беременности, установлено, что в гинекологическом отделении Луганской республиканской клинической больницы метотрексат применяют у 13% пациенток с прогрессирующей внематочной беременностью, при этом эффективность лечения составляет 69%. Определены факторы риска по неэффективному применению этого метода лечения внематочной беременности: большой размер плодного яйца, определение кардиальной активности эмбриона по данным УЗИ, низкая комплаентность пациентки, невозможность амбулаторных посещений, высокий уровень ХГЧ.

Ключевые слова: метотрексат, внематочная беременность, эффективность лечения, показания.

Резюме

Гордієнко О.В., Макагонова В.В., Шуляка О.В. Ефективність консервативного лікування позаматкової вагітності метотрексатом.

Проведен аналіз ефективності консервативного лікування позаматкової вагітності, встановлено, що в гінекологічному відділенні Луганської республіканської клінічної лікарні метотрексат застосовують у 13% пацієнок з прогресуючою позаматковою вагітністю, при цьому ефективність лікування становить 69%. Визначено фактори ризику неефективного застосування цього методу лікування позаматкової вагітності: великий розмір плодового яйця, визначення кардиальної активності ембріона за даними УЗД, низька комплаєнтність пацієнтки, неможливість амбулаторних відвідувань, високий рівень ХГЛ.

Ключові слова: метотрексат, позаматкова вагітність, ефективність лікування, показання.

Summary

Gordienko E.V., Makagonova V.V., Shulyak O.V. The effectiveness of conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate.

The analysis of the effectiveness of conservative treatment of ectopic pregnancy, found that in the gynecological Department of the Lugansk Republican hospital methotrexate is used in 13% of patients, while the treatment efficiency is 69%. Identified risk factors in an inefficient use of this method of treatment of ectopic pregnancy: a large fetal size, determination of cardiac activity of the embryo according to the ultrasound and low compliance of the patient and the impossibility of outpatient visits, high levels of HCG.

Key words: methotrexate, ectopic pregnancy, treatment efficacy, indications.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.В. Симрок

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ГИНГКО ДВУХЛОПАСТНОЕ

Л.Н. Иванова, Ю.В. Сидоренко, Е.А. Холина
ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

В структуре сердечно-сосудистой патологии гипертоническая болезнь (ГБ) занимает ведущее место [6, 15]. В 24% случаев ГБ сочетается с пептической язвой двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) [3, 4, 5, 7, 8, 10, 12]. В патогенезе обоих заболеваний значительная роль отводится нарушениям психоэмоционального состояния больных с возникновением тревоги и депрессии [2, 11]. В связи с этим в лечении и медицинской реабилитации больных с сочетанной патологией необходимо применение препаратов, которые уменьшают проявления тревоги и депрессии [2, 11]. Наше внимание привлекли препараты, содержащие гинкго двухлопастное. Гинкго двухлопастное (лат. *Ginkgo biloba* – «дерево-старейшина») – реликтовое растение, которое часто называют «живым ископаемым». В листьях растения содержатся флавоногликозиды. Алкалоиды, входящие в состав препарата, блокируют и обезвреживают свободные радикалы, положительно действуют на реологические свойства крови, предотвращая образование тромбов, укрепляют кровеносные сосуды и улучшают кровообращение, снижают уровень холестерина. Эксперименты показали, что применение гинкго уменьшает вероятность инфарктов, инсультов и их осложнений, нормализует артериальное давление, улучшает состояние сосудов сетчатки глаза, облегчает течение депрессии [1, 9, 13, 14].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа выполнена в соответствии с основным планом научно-исследовательских работ (НИР) ГУ «Луганский государственный медицинский университет» и является фрагментом темы кафедры пропедевтики внутренней медицины: «Клинико-патогенетические особенности и оптимизация лечения пептической язвы двенадца-

типерстной кишки в сочетании с гипертонической болезнью» (№ госрегистрации 0109U000377).

Целью данной работы было изучение эффективности применения в медицинской реабилитации больных ГБ в сочетании с ПЯ ДПК препаратов, содержащих гинкго двулопастное.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 59 больных ГБ в сочетании с ПЯ ДПК (мужчин - 58,0%, женщин - 42,0%) в возрасте от 25 до 59 лет, которые были распределены на две рандомизированные группы: основную (38 человек) и сопоставления (21 человек). Верификацию ГБ осуществляли в соответствии с критериями ВОЗ/МТГ (1999), Приказом МЗ Украины № 436 (2006), рекомендациями Европейского общества кардиологов и Европейского общества гипертонии (2011); ПЯ ДПК - Маастрихтского Консенсуса III (2006) и Приказом МЗ Украины № 271 (2005). Всем пациентам проводилась стандартная терапия, больным основной группы в период медицинской реабилитации назначали препараты гинкго билоба в профилактической дозе по 1 капсуле после еды утром и вечером за 3 часа перед сном в течение 3-х месяцев.

Психофункциональное состояние больных исследовали с помощью шкалы самооценки и уровня тревожности Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, которая позволяет определять уровень тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Шкала самооценки состоит из 2-х частей, по которым оценивают реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21-40) тревожность.

Статистическую обработку результатов осуществляли с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Exel Stadia 6.1/ propf и Statistica.

Полученные результаты и их обсуждение

У больных ГБ в сочетании с ПЯ ДПК были выявлены патопсихологические проявления: повышенная утомляемость, снижение толерантности к физическому напряжению (55 больных - 94,0%), слабость (53 больных - 90,4%), эмоциональная лабильность (41 больной - 70,3%), нарушения сна (35 больных - 59,8%). Общая слабость, как правило, была постоянной, нарушения сна проявлялись жалобами на трудное засыпание, тревожные сны, частые просыпания.

У больных основной группы по сравнению с группой сопоставления отмечались статистически значимые подъемы по шкалам невротической триады (1, 2, 3) и тревожности (7) ($p < 0,05$). Достоверная разница ($p < 0,05$) наблюдалась также по шкалам агрессии, ригидности, аутизации (4, 6, 8). Наряду с этим, были выявлены низкие показатели по шкалам коррекции, оптимистичности (5, 9), что свидетельствовало о трудностях адаптации и повышенном эмоциональном напряжении. ГБ у больных с сочетанной патологией была представлена головной болью (59 пациентов - 100%), которая возникала после физического или эмоционального напряжения или во время абдоминального болевого синдрома (50 больных - 84,2%), головокружением (31 пациент - 53,2%), кардиалгиями в области верхушки сердца (48 больных - 80,6%).

У больных с сочетанной патологией, особенно при наличии повышенной кислотности желудочного сока, в клинической картине преобладал болевой абдоминальный синдром (37 пациентов - 62,3%). При этом у 32 (54,7%) пациентов боль носила постоянный характер, у 36 (61,4%) - зависела от приема пищи, возникая периодически. Так, «голодные» и «ночные» боли у 37 (62,9%) пациентов прекращались после еды, у 9 (14,7%) - интенсивность боли уменьшалась незначительно, у 4 (7,1%) - прием пищи способствовал усилению боли. Боль у 27 (45,6%), пациентов с ГБ в сочетании с ПЯ ДПК локализовалась в эпигастральной области, у 23 (38,6%) - в пилородуоденальной зоне, у 11 (18,0%) пациентов - носила разлитой характер. Больные с сочетанной патологией отмечали иррадиацию боли по всему животу (11 человек - 18,9%), в грудной отдел позвоночника (8 человек - 12,8%), в поясницу (2 человека - 4,0%). Умеренная боль наблюдалась у 27 (45,2%), выраженная - у 9 (15,3%) пациентов.

Диспептический синдром, преобладавший у пациентов с нормальной или пониженной кислотностью желудочного сока, проявлялся наличием тошноты, которая была постоянной или возникала после приема пищи, заканчиваясь у 8 (12,7%) больных рвотой, приносящей облегчение. Кроме того, наблюдались такие проявления диспептического синдрома, как изжога

(36 больных - 61,4%), отрыжка (35 больных - 59,1%), неприятный вкус во рту (32 больных - 53,6%), метеоризм и нарушение стула (20 больных - 33,9%). Пациенты с сочетанной патологией отмечали появление или усиление диспептического синдрома во

время гипертензивного криза, что позволило расценить его как функциональный диспептический синдром.

После проведенной медицинской реабилитации у больных основной группы с применением препаратов гинкго билоба наблюдалось сглаживание пиков по шкалам психотической тетрады (4, 6, 8) в сравнении с больными группы сопоставления ($p < 0,05$); снижение уровня личностной тревожности с $54,3 \pm 3,8$ до $35,6 \pm 2,4$ баллов и реактивной тревожности с $59,1 \pm 2,1$ до $24,4 \pm 2,3$ баллов ($p < 0,05$).

Выводы

1. У больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки, наряду с традиционными жалобами, наблюдались патопсихологические расстройства.

2. Применение в периоде медицинской реабилитации препаратов гинкго билоба позволило статистически достоверно снизить уровни личностной и реактивной тревожности.

3. В дальнейшем мы планируем оценить влияние гинкго билоба на профилактику рецидивов и осложнений ПЯ ДПК у больных ГБ.

Литература

1. Буланкин Д.Г. Перспективы исследования биологически активных соединений Гинкго двулопастного (*Ginkgo biloba* L.) / Д.Г. Буланкин, В.А. Куркин // Изв. Самарского научного центра РАН. - Спец. выпуск «XII конгресс «Экология и здоровье человека»». - 2008. - Т. 2. - С. 197.

2. Вегетативные расстройства / Под. ред. А.М. Вейна. - М.: МИА, 2000. - 749 с.

3. Гастроэнтерология / Харченко Н.В., Бабак О.Я. - К., 2007. - С. 145-162.

4. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / [Калинин А.В. и др.]; под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. - М.: Миклош, 2007. - С. 93-104.

5. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. - М.: ГЭОТАР, 2008. - С. 437-441.

6. Горбась І.М. Популяційні аспекти серцево-судинних захворювань у дорослого населення України / І.М. Горбась, І.П. Смірнова // Український кардіологічний журнал. - 2006. - Спеціальний випуск. - С.44-48.

7. Ливзан М.А. Язвенная болезнь: современные подходы к диагностике и терапии / М.А. Ливзан, М.Б. Костенко // Лечащий врач. - 2010. - № 7. - С. 20-24.

8. Маев И.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: диагностика и лечение / И.В. Маев, Т.С. Оганесян, Ю.А. Кучерявый // *Consilium medicum. Гастроэнтерология*. - 2010. - Т. 12, № 8. - С. 24-26.

9. Онбыш Т. Е. Механизмы реализации фармакологической активности экстракта Гинкго билоба / Т.Е. Онбыш, Л.М. Макарова, В.Е. Погорелый // *Современные наукоемкие технологии*. - 2005. - №5. - С. 22-25.

10. *Передерий В.Г. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей / В.Г. Передерий, С.М. Ткач. - Винница: СПД Каштелянов А.И., 2011. - С. 161-192.*

11. *Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич. - М., 2000. -160 с.*

12. *Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы / Я.С. Циммерман. - М.: Гэотар-медиа, 2009. - 416 с.*

13. *Burns N. Ginkgo biloba: no robust effect on cognitive abilities or mood in healthy young or older adults / N. Burns, J. Bryan, T. Nettelbeck // Human psychopharmacology. - 2006. - Vol. 21(1). - P. 27-37.*

14. *A randomized placebo-controlled trial of ginkgo biloba for the prevention of cognitive decline / H. Dodge, T. Zitzelberger, B. Oken [et al.] // Neurology. - 2008. - Vol. 70(19). - P. 1809-1817.*

15. *Vuksanovic V. Heart rate variability in mental stress aloud / V. Vuksanovic, V. Gal // Med. Eng. Phys. - 2007. - Vol. 29(3). - P. 344 - 349.*

Резюме

Іванова Л. М., Сидоренко Ю. В., Холіна О. А. *Ефективність застосування в медичній реабілітації хворих на гіпертонічну хворобу в сполученні з пептичною виразкою дванадцятипалої кишки препаратів, що містять гінкго дволопатеве.*

У хворих на ГХ у сполученні з ПВ ДПК при наявності патопсихологічних розладів в періоді медичної реабілітації призначали препарати гінкго білоба, що дозволило статистично достовірно знизити рівні особистої і реактивної тривожності.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, пептична виразка дванадцятипалої кишки, препарати гінкго білоба.

Резюме

Іванова Л. Н., Сидоренко Ю. В., Холина Е. А. *Эффективность применения в медицинской реабилитации больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки препаратов, содержащих гинкго двулопастное.*

У больных ГВ в сочетании с ПВ ДПК при наличии патопсихологических расстройств в периоде медицинской реабилитации назначали препараты гинкго билоба, что позволило статистически достоверно снизить уровни личностной и реактивной тревожности.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, пептическая язва двенадцатиперстной кишки, препараты гинкго билоба.

Summary

Ivanova L. N., Sidorenko Y. V., Kholina, E. A. *Effectiveness of medical rehabilitation in patients with hypertensive disease in combination with peptic ulcer of the duodenum preparations containing Ginkgo biloba.*

In patients with essential hypertension in combination with the peptic duodenal ulcer in the presence of pathopsychological disorders in the period of medical rehabilitation prescribed drugs Ginkgo biloba, which enabled significantly to reduce the levels of personal and reactive anxiety.

Key words: essential hypertension, peptic duodenal ulcer, Ginkgo biloba preparations.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.И. Коломиец

РОЛЬ ГЕСТАГЕНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПОТЕРЬ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО ИНФЕКЦИОННОГО РИСКА

Т.В. Лисовская, Е.А. Захарченко

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

В современном акушерстве и гинекологии распространенность инфекционно-воспалительных заболеваний остается актуальной проблемой [2,5]. В этиологической структуре прерывания беременности ранних сроков инфекционный фактор занимает лидирующее место [2,7]. Результаты проведенных многочисленных научных исследований позволяют сделать вывод о наличии тесной взаимосвязи и взаиморегуляции между эндокринной и иммунными системами на фоне протекающего инфекционного процесса [1,8]. Реализация этого процесса происходит на ранних этапах имплантации. Осложнения на начальных стадиях гестации могут быть следствием как недостаточности рецепторного аппарата эндометрия, так и неполноценного стероидогенеза. Эти нарушения часто наблюдаются у женщин с инфекционной патологией репродуктивной системы [6,7].

В подобных ситуациях терапевтический подход должен строиться с учетом этиологии формирования недостаточности лютеиновой фазы и нивелировать воздействия неблагоприятных предрасполагающих факторов на эндометрий. Поэтому у женщин с высоким инфекционным индексом (хронические воспалительные процессы в матке и придатках в анамнезе) необходима коррекция гормонального фона, что позволяет нормализовать состояние эндометрия и обеспечить адекватный бластогенез и плацентацию [3,5].

Таким образом, наличие генитальной инфекции обуславливает необходимость назначения гестагенной поддержки с первых недель гестации, так как ряд исследователей [4,10] указывают на противовоспалительный эффект гестагенов, что предполагает патогенетически обоснованное применение данных препаратов у женщин группы высокого инфекционного риска.

Современным эффективным гестагенным препаратом является Дуфастон (дигидрогестерон). Это мощный гестаген, который по

молекулярной структуре и фармакологическому действию очень близок к эндогенному прогестерону, что обеспечивает его высокую селективность к рецепторам прогестерона.

Проведенные исследования показали, что антиабортные эффекты прогестерона в ранних сроках беременности связаны с модуляцией материнского иммунного ответа [10]. Доказано, что в присутствии Дуфастона активированные лимфоциты синтезируют белок – прогестерон и индуцированный блокирующий фактор (Pi BF). Последний предотвращает воспалительные и вторичные тромботические реакции отторжения трофобласта за счет увеличения ассиметричных нетоксичных блокирующих антител [6,9]. Дуфастон оказывает расслабляющий эффект на мускулатуру матки, обладает высоким уровнем биодоступности при пероральном приеме. В отличие от многих других гестагенов дуфастон не оказывает андрогенного воздействия на материнский организм и маскулинизирующего – на зародыш женского пола [6, 10]. Данная работа проведена в контексте научных исследований кафедры акушерства и гинекологии по теме: «Роль гестагенов в репродуктивном здоровье женщины».

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности препарата «Дуфастон» в профилактике и лечении репродуктивных потерь у женщин группы высокого инфекционного риска.

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ исходной клинической характеристики особенностей течения I триместра беременности у 55 женщин с высоким инфекционным индексом и отягощенным акушерским анамнезом, которые проходили обследование и лечение на базе гинекологического отделения городского перинатального центра ЛНР. В первую группу вошли 35 пациенток с высоким инфекционным риском, принимавших Дуфастон с первых недель гестации по 1 табл (10 мг) 2 раза в день (основная группа обследованных), вторая группа состояла из 20 женщин (контрольная группа обследованных), которые получали терапию без гестационной поддержки. Всем беременным в течение гестационного периода проводили общеклинические, лабораторные и функциональные методы исследования. Возраст беременных составлял от 19 до 35 лет – в среднем 28,4 в первой группе и 28,5 во второй. При изучении массы и ростовых показателей у обследованных женщин отклонений от популяционных норм не выявлено. При сборе анамнеза не было выявлено достоверных различий в частоте заболеваний ор-

ганов дыхания, пищеварения, ЛОР-органов. Частота ОРВИ составила в среднем 40% в обеих группах. Возраст наступления менархе в обеих группах был почти одинаковым и составил в среднем $12,3 \pm 1,2$ года.

При анамнезе структуры гинекологических заболеваний было выявлено что частота перенесенных кольпитов в обеих группах исследуемых пациенток составила соответственно 62,7% в первой группе и 57,3% во второй. Отмечена высокая частота эктопии шейки матки у женщин обеих групп (42% и 45% соответственно), у 7,3% и 7,7% соответственно диагностирована миома матки. Частота эндометрита в I группе составили 32,3 %, во второй – 31,9%, хронического сальпингоофорита (19,7 % и 21,2% соответственно). Дисфункция яичников была выявлена у 8,31% пациенток I группы и у 7,9% пациенток II группы, бесплодие в анамнезе отмечено у 4,2% и 4,3 % пациенток соответственно.

Анализ репродуктивной функции обследованных женщин показал, что роды в анамнезе были у 10,3% обследованных основной группы и 9,8% обследованных контрольной группы. Роды проходили через естественные родовые пути, произошли в срок, закончились рождением здоровых детей. Осложнений и оперативных вмешательств в родах выявлено не было. Частота самопроизвольных выкидышей на ранних сроках беременности встречалась примерно одинаково в обеих группах (21,6% и 22,5%), так же как и частота потерь беременностей на поздних сроках гестации (14,5% и 12,7%), частота привычного невынашивания в 12,7% и 15,2% соответственно.

Полученные результаты и их обсуждения

У пациенток обеих групп наблюдалось осложненное течение беременности в I триместре. Ранний токсикоз достоверно чаще встречался у пациенток II группы, который был выявлен в 18,3% случаев и только в 11,7% случаев пациенток I группы. Угроза прерывания беременности выявлена у 57% случаев пациенток II группы и была диагностирована достоверно выше чем у пациенток I группы (19,7% случаев). Потери на ранних сроках гестации отмечались только у пациенток второй группы в 10% случаев. Анемия беременных была выявлена у 10,7% женщин контрольной группы. Кольпиты встречались у обследованных пациенток обеих групп практически одинаково соответственно у 15,4% беременных основной группы и у 14,9% - контрольной группы.

Данные полученные при проведении ультразвукового исследования в I триместре беременности свидетельствует о том, что такое грозное осложнение беременности как отслойка хориона достовер-

но чаще отмечалась в группе беременных не получавших Дуфастон (II контрольная группа) и была выявлена у 18,3% обследованных женщин, тогда как в I группе обследованных была выявлена только у 9,7% беременных. Следует отметить, что пациенткам II контрольной группы при постановке диагноза «отслойка хориона» в схему лечения был включен препарат Дуфастон. Вместе с тем это не позволило избежать потерю беременности в 10% случаев (2 женщины). Патоморфологическое исследование абортусов позволило определить наличие воспалительных изменений, что подтвердило роль инфекционного фактора в этиологии данных гестационных потерь.

Выводы

1) Гестационная поддержка Дуфастоном является необходимым компонентом терапии направленной на пролонгирование беременности у женщин с инфекционной патологией и отягощенным акушерским анамнезом.

2) Терапию Дуфастоном у данного контингента пациенток необходимо начинать не дожидаясь развития клинических признаков гестационных осложнений.

3) Назначение гестагенов с первых недель гестации, особенно у женщин с высоким инфекционным индексом и не прошедших подготовки к наступлению беременности, позволит снизить риск развития таких осложнений, как угроза прерывания беременности, отслойку хориона, самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках, а в последующем будет способствовать адекватной плацентации.

Литература

1. Демина Т.Н. Реабилитация репродуктивной функции женщин с хронический эндометритом и рецепторной недостаточностью / Т.Н. Демина // *Здоровье женщины*. – 2005. – №4 (24). – С. 28-30.
2. Куликов В. И. Плацентарная недостаточность и инфекция / В.И. Куликов, Н.В.Орджоникидзе, В.Л. Тютюник. – М., 2004. – 494 с.
3. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности / В.М. Сидельникова. – М.: Триода, 2005.- 304 с.
4. Сидельникова В.М. Современные представления о роли гестагенов в терапии привычной потери беременности / В.М. Сидельникова // *Репродуктивное здоровье женщины*. – 2003. – №4(20). С.1-3.
5. Тютюник В. Л. Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией / В.Л. Тютюник // *Акушерство и гинекология*. – 2004. – №4. – С. 33–37.

6. Зайдлева З. С. Дуфастон в комплексе лечебно-профилактических мероприятий у женщин группы высокого риска / З.С. Зайдлева, Т.Э. Каранетян // *Медицинские аспекты здоровья женщины*. – 2007. – № 6(9). – С. 27–30.

7. Bick R. L. Recurrent miscarriage: causes, evaluations and treatment / R.L. Bick, S. Madden, K.B. Heller // *Medscape Women's Health*. – 2007. – Vol. 3, № 3. – P. 2–13.

8. Klentzeris L.D. The role of endometrium in implantation / L.D. Klentzeris // *Hum. Reprod*. – 2005. – Vol. 12. – P. 170–175.

9. Rothchild S. Role progesterone in initiation and maintaining pregnancy / S. Rothchild // *Progesterone and Progestins*. Raven Press. New York, 1983. – P.219–223.

10. Szekeres-Bartho S. The immunological pregnancy protective effect of progesterone is manifested via cytokine production / S. Szekeres-Bartho, Z. Faust, P. Varga // *Am. J. Reprod Immunol*. – 1999. – Vol.35, № 4. – P.348–357.

Резюме

Лисовская Т.В., Захарченко Е.А. Роль гестагенов в профилактике и лечении репродуктивных потерь у женщин группы высокого инфекционного риска.

Целью настоящей работы явилось изучение эффективности препарата Дуфастон в профилактике и лечении репродуктивных потерь у женщин с высоким инфекционным индексом. Был проведен анализ исходной клинической характеристики и особенностей течения I триместра беременности у 55 женщин с высоким инфекционным индексом. В первую группу вошли 35 пациенток с высоким инфекционным индексом, принимавших Дуфастон с первых недель гестации, вторую – составили 20 пациенток, которые получали терапию без гестационной поддержки. Результаты проведенных исследований позволили прийти к заключению, что такие осложнения как ранний гестоз, угроза прерывания беременности у женщин I группы, была достоверно ниже, чем у женщин II группы. Потери на ранних сроках гестации отмечались только у пациенток второй группы. Результаты исследований позволили прийти к следующим выводам, что гестационная поддержка Дуфастоном является необходимым компонентом терапии направленной на пролонгирование беременности у женщин с инфекционной этиологией.

Ключевые слова: беременность, невынашивание, Дуфастон, инфекция.

Резюме

Лісовська Т.В., Захарченко Є.А. Роль гестагенів в профілактиці і лікуванні репродуктивних втрат у жінок групи високого інфекційного ризику.

Метою нашого дослідження є вивчення ефективності препарату Дуфастон у профілактиці і лікуванні репродуктивних втрат у жінок з високим інфекційним індексом. Був проведений аналіз та клінічна характеристика і особливості перебігу I триместру вагітності у 55 жінок з високим інфекційним індексом та отяженим акушерським анамнезом. В першу групу увійшли 35 пацієнток з високим інфекційним індексом, які приймали Дуфастон з перших тижнів

гестації, другу - склали 20 пацієнок, які отримували терапію без гестаційної підтримки. Результати проведених досліджень дозволили дійти висновку, що такі ускладнення як ранній гестоз, загроза переривання вагітності у жінок I групи були достовірно нижчими, ніж у жінок II групи. Втрати на ранніх сроках гестації відзначалися тільки у пацієнок другої групи. Результати досліджень дозволили дійти наступних висновків, що гестаційна підтримка Дуфастоном є необхідним компонентом терапії, яка спрямована на пролонгування вагітності у жінок з інфекційною етіологією.

Ключові слова: вагітність, невиношування, Дуфастон, інфекція.

Summary

Lisovskaya T.V., Zakharchenko E.A. *Progestogens' role in reproductive losses prophylaxis and cure amongst women of high infection risk group.*

The main goal of this work was caused by investigation of Dufaston effectiveness in reproductive losses prophylaxis and cure amongst women with high infectious risk index. The analysis of original clinical characteristics and specialities of 1st trimester of pregnancy amongst 55 women with high infectious index was held. First group was formed with 35 patients with high infectious index who took Dufaston since the first weeks of gestation, second group was consisted with 20 women who got therapy without gestational support. The whole clinical, laboratory and ultra sound investigations were held amongst pregnant women from both groups. The results of the held investigations allowed to come to conclusion that such complications as early preeclampsia and abortion threat amongst women from the 1st group was lower than for women from the 2nd group. The losses in early gestation period was noted only amongst women from the 2nd group who did not get gestational support. The results of investigation permit following conclusions: gestational support with Dufaston appears to be the necessary component of therapy which directed for the pregnancy prolongation amongst women with infectious etiology.

Key words: pregnancy, unmaturing of pregnancy Dufaston, infection.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.В. Симрок

**ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНЫ**

**ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МОМЕНТЫ В ВОПРОСАХ
САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

**С.В. Витрищак, Е.Л. Савина, А.К. Клименко, Е.В. Санина,
Е.В. Сичанова, К.В. Клименко**

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

Луганский край относится к наиболее экономически развитым регионам в промышленном отношении, т.к. на его территории расположены предприятия угольной, энергетической, металлургической, химической и нефтехимической промышленности, их деятельность значительно влияет на экологическое состояние окружающей среды. Загрязнение окружающей среды, прежде всего промышленных зон, химическими вредными соединениями приводит к значительному росту болезней органов дыхания, по показателям заболеваемости и смертности они занимают одно из первых мест в мире. Современная экологическая ситуация в крупных промышленных городах характеризуется отрицательным воздействием на жителей химических веществ, которые поступают в организм через дыхательные пути, что приводит к прогрессированию хронических легочных заболеваний, в том числе повышение риска возникновения опухолей легких и хронической обструкции дыхательных путей [10]. Экологические факторы в значительной мере формируют уровень популяционного здоровья детского населения. Учреждениями санитарно-эпидемиологической службы Луганской Народной Республики проводится постоянный надзор за состоянием атмосферного воздуха в местах проживания разных слоев населения. Мониторинг за состоянием атмосферного воздуха осуществляется в 19 населенных пунктах на 2 стационарных и 48 маршрутных постах. Несмотря на общую тенденцию к снижению удельного веса проб атмосферного воздуха населенных мест, которые не отвечают санитарно-гигиеническим нормам, санитарное состояние атмосферного воздуха остается неудовлетворительным, а по отдельным ингредиентам имеет место увеличение количества

проб не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам для атмосферного воздуха населенных мест. Наибольшее количество проб, которые не отвечают санитарно-гигиеническим нормативам, зарегистрировано - по пыли (14,0%), нитрохлорбензолу (11%), окислу углерода (5,3%), серной кислоте (2,3%), фенолу (2,6%).

Целью нашей работы было изучить использование курортологических факторов, дифференцированных с учетом особенностей клинического течения заболевания, стадии и степени выраженности активности патологического процесса, что благотворно сказывается на деятельности патологически измененных органов дыхания.

Методы санаторно-курортного лечения базируются на использовании природных и преформированных лечебных факторов - климатотерапия, талассотерапия, а также таких составляющих, как санаторный режим, лечебная физкультура и др.

Полученные результаты и их обсуждение

За последние десять лет в структуре детских заболеваний бронхолегочная патология в промышленном регионе Донбасса занимает одно из первых мест и достигает более 48%. Это обусловлено прежде всего тем, что органы дыхания, как открытая система, находятся на первой линии защиты организма от неблагоприятных факторов окружающей среды, а санитарно-экологическая ситуация в регионе, оставляет желать лучшего [1, 2, 3]. В городах с высокой концентрацией промышленности и недопустимым уровнем загрязнения атмосферы регистрируются самые распространенные заболевания детского населения - болезни органов дыхания (уровень распространенности составляет 1090 на 1000 детей). Также регистрируются болезни нервной системы (уровень распространенности составляет 43,6 на 1000 детей), болезни системы кровообращения (уровень распространенности составляет 31,1 на 1000 детей), эндокринной системы (уровень распространенности составляет 26,5 на 1000 детей), а также новообразования, врожденные аномалии развития. При этом зарегистрированные уровни заболеваемости детей болезнями органов дыхания в г. Стаханове превышают среднереспубликанский показатель в 1,4 раза, в г. Антраците - в 1,3 раза, в Лутугинском районе - в 1,2 раза. В целом, в структуре заболеваемости детского населения до 14 лет первые места занимают болезни органов дыхания, которые составляют 70,6%. Динамика основных медико-демографических показателей и критериев общественного здоровья Луганской Народ-

ной Республики, в прошлом Луганской области, на протяжении последних лет, в целом, типичная для промышленно - развитых регионов и отображает общий процесс ухудшения популяционного здоровья. Явный процесс депопуляции, который происходит в Республике, обозначился еще в 1989 году, когда показатели смертности превысили показатели рождаемости. По данным координационного центра Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики, численность населения в области в 2014 году в сопоставлении с предыдущим годом уменьшилась на 15291 человек или на 1,04 %. В 2014 году в сравнении с 2013 годом, отмечается незначительное снижение рождаемости (с 9,6 до 9,1 на 1000 всего населения) и снижение смертности (с 16,0 до 15,9 на 1000 всего населения), а в таких промышленных городах, как Алчевск, Краснодон, отмечается рост смертности. Рост заболеваемости в сравнении с 2013 годом по отдельным нозологическим формам в некоторой мере связан со сложной социально-экономической ситуацией в стране, усилением эмоционально-стрессового напряжения людей, недостаточным уровнем медицинского обслуживания. Возникновение широкого распространения таких болезней как: сахарный диабет (рост распространения на 20,6%), болезни эндокринной системы (рост распространения на 3,5%), злокачественные новообразования (рост распространения на 2,3%), болезни кожи (рост распространения на 2,7%), болезни мочеполовой системы (рост распространения на 4,2%) и прочие - является результатом целого комплекса факторов, в том числе влияния напряженного ритма жизни, высокого уровня социального стресса, загрязнений и неблагоприятных условий окружающей среды. [7,9,10]. В последние годы также сохраняется тенденция ухудшения здоровья молодежи. Эта проблема приобретает особую остроту в условиях социально-демографического кризиса. Анализ динамики состояния здоровья молодых людей в возрасте 15-17 лет дает основание прогнозировать ухудшение состояния здоровья взрослого населения в ближайшие годы. Распространенность заболеваний среди подростков в 2013 году составила 2080,7 случаев на 1000 соответствующего населения, что на 1,0% больше чем в прошлом году и значительно больше уровня за последние 5 лет. Наиболее распространенные среди подростков болезни органов дыхания - (41,2%), органов пищеварения - (6,8%), системы кровообращения - (5,2%), мочеполовой системы - (6,0%), кожи - (4,3%), нервной системы - (4,8%), эндокринной системы - (4,3%), травмы и отравления - (3,2%), инфекционные и паразитарные

болезни - (2,1%). В то же время, при анализе данных заболеваемости за 5 лет можно установить тенденцию роста среди детей подросткового возраста уровня распространения заболевания эндокринной системы (на 24,2%), сахарного диабета (на 19%), системы кровообращения (на 28,5%), болезней нервной системы (на 17,5%), болезней органов дыхания (на 17,0%), системы органов пищеварения (на 21,1%), кожи (на 17,6%), мочеполовой системы (на 16,7%). Структура общей заболеваемости на протяжении ряда последних лет практически не изменилась (наиболее распространенные болезни органов дыхания среди детей и подростков и болезни системы кровообращения среди взрослых).

Для сохранения здоровья детского населения региона можно использовать природные ресурсы. Это разнообразные ландшафты и растительный мир, благоприятный климат, теплое море, лечебные грязи, озокерит, минеральные воды. Поэтому реабилитация детей с заболеваниями органов дыхания является одной из основных задач современной детской курортологии [4, 5, 6]. Задачи, стоящие перед ней, включают следующие моменты: реализация плана профилактических мероприятий; выполнение санитарно-гигиенических требований; закрепление полученных результатов терапии в остром периоде и устранение неблагоприятных эффектов; нормализация дренажной функции дыхательных путей, бронхов; нормализация функций других систем и органов; подъем местной и общей реактивности; нормализация физического и эмоционального состояния ребенка. Показанием для направления детей на санаторно-курортное лечение является: хроническая пневмония, в том числе и та, которая сформировалась на основе патологии развития бронхов и легких; повторной пневмонии и бронхитов; состояния реконвалесценции после оперативного вмешательства на легких; бронхиальная астма; респираторные аллергозы, хронические воспалительные заболевания легких при наследственных и системных заболеваниях (муковисцидоз, иммунодефицитные состояния и др.); респираторная патология при наличии кожных и ЛОР-проявлений аллергии, реконвалесцентны после оперативного вмешательства на легких при ограниченном патологическом процессе. Противопоказаниями являются: показатели воспалительного процесса в легких, носовой части глотки; тяжелая форма бронхиальной астмы; дыхательная недостаточность любой степени тяжести; поллинозы в период цветения деревьев и трав [9]. Одним из основных курортных

методов, используемых при хронических заболеваниях бронхов является климатотерапия, как фактор закаливания [7, 8]. Климатические процедуры (курорты Крыма, Кавказа) проводятся во время пребывания на открытом воздухе, в период сна, при приеме солнечных и воздушных ванн. Раздражение механорецепторов в чувствительных структурах кожи и слизистых оболочек верхних дыхательных путей атмосферным воздухом приводит к увеличению дыхательного объема и альвеолярной вентиляции, что приводит к увеличению поглощения кислорода кровью, ускорению доставки его к тканям. Лечебная гимнастика (ЛГ) - используется групповым методом, каждая процедура состоит из трех этапов - введения, основной и заключительной части. Утренняя гигиеническая гимнастика - цель вывести организм из состояния пониженной активности. Дозированная ходьба - средство оздоровления всего организма, повышение общей его тренированности. Спортивно-прикладные упражнения - используются в ЛФК дозированно, без спортивных заданий. Игры - цель - активация двигательного режима, игры на месте (домино, шашки, шахматы и др.), малоподвижные (крокет, кегельбан), подвижные, эстафеты, спортивные (городки, волейбол, настольный теннис, бадминтон, теннис, элементы баскетбола). Лечебное действие аэротерапии основано на дозированном и возрастающем охлаждении организма. Это улучшает терморегуляцию, повышает устойчивость к действию низких температур, т.е. закаливает организм. Повышенное содержание кислорода в атмосферном воздухе способствует улучшению окислительных процессов в тканях организма. Они показаны всем больным в период выздоровления или ослабления процесса, особенно при заболеваниях легких, сердечно-сосудистой и нервной системы. Гелиотерапия - лечение солнечной радиацией. Солнечные ванны являются сильнодействующим профилактическим и лечебным фактором и поэтому требуют строгого дозирования. Их следует проводить только по назначению врача и под строгим медицинским контролем. Основным фактором солнечной радиации является ультрафиолетовое излучение. Под влиянием солнечных ванн повышается работоспособность человека и сопротивляемость инфекционным и простудным заболеваниям. Показания к гелиотерапии в основном те же, что и для общего ультрафиолетового облучения, как в лечебных, так и в профилактических целях. Талассотерапия - лечение морскими купаниями.

По механизму лечебного действия к ним приближаются купания и в других открытых водоемах. Лечебные купания оказывают многостороннее лечебное воздействие и являются наиболее мощной климатотерапевтической процедурой. Вода действует на погруженное в нее тело человека как охлаждающий температурный фактор, как химический фактор вследствие растворенных в ней солей, как механический фактор – в результате гидростатического давления и механической энергии волн. Плавание представляет собой вид лечебной физкультуры, отличаясь только тем, что движения производятся в среде, уменьшающей массу тела, т.е. снижающей физическую нагрузку. Дыхание у поверхности воды сопровождается ингаляцией гидроаэрозолей и гидроаэроионов. Талассотерапия тренирует систему терморегуляции, активизирует вентиляцию легких, повышает жизненный тонус организма, способствует закаливанию организма. Морские купания показаны при функциональных заболеваниях центральной системы, при утомлении, хронических заболеваниях легких и сердца в период ремиссии и компенсации [10]. Минеральные воды содержат различные соли в ионизированном виде. В зависимости от преобладающего аниона в составе той или иной воды различают гидрокарбонатные, хлоридные, сульфидные, нитратные воды и воды сложного состава. Основными катионами являются натрий, калий, кальций, магний. По газовому составу различаются воды углекислые, сероводородные, радоновые, азотные. Кроме того, в зависимости от химического состава выделяются воды, содержащие биологически активные микроэлементы, - йодобромные, железистые, кремнистые, мышьяковистые. Количество (в граммах) минеральных солей, растворенных в 1 л воды, называется минерализацией. Различают воды слабой (2-2,5 г/л), средней (5-15 г/л) и высокой (более 15 г/л) минерализации. Кроме того, учитывают рН (кислотность) минеральной воды, ее температуру. При приеме внутрь минеральная вода оказывает химическое действие, обусловленное содержащимися в ней микроэлементами, солями, газами. Она обладает также свойствами вызывать термические эффекты [3,4,5]. Вследствие таких влияний нормализуются основные функции желудка и кишечника. Минеральные воды в реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания используются в виде ванн, ингаляций и для питья. Лечебные процедуры с использованием лечебных курортных факторов при заболеваниях органов дыхания проводятся согласно действующих методик.

Выводы

Необходимо учитывать общие принципы в подходах к назначению лечебных процедур и режимных моментов при пребывании детей в здравницах; процессы, которые происходят под действием курортных факторов, эффективно обновляют нарушения при большинстве заболеваний органов дыхания; регулируют вентиляционную и газообменную функции легких; грамотное использование курортологических факторов в работе врача-педиатра, врача по гигиене детей и подростков СЭС значительно расширяет арсенал их работы.

Литература

1. Вітріщак В.Я. Гігієнічне прогнозування і профілактика геліометротропних реакцій при захворюваннях бронхолегеневої системи у дітей ліквідаторів аварії на ЧАЕС (Огляд літератури) / В.Я. Вітріщак // Український медичний альманах. – 2002. – № 5. – С. 185-188.
2. Григорьев Ю.И. Качество воздушной среды и заболеваемость детей / Ю.И. Григорьев // Гигиена и санитария. – 2010. – № 4. – С. 28-31.
3. Грищенко Т.П. Немедикаментозная коррекция состояния респираторного тракта у часто болеющих детей / Т.П. Грищенко // Вестник оториноларингологии. – 2006. – № 6. – С. 59-62.
4. Єгоренко О.В. Особливості відновлення функції дихання у дітей, хворих на негоспітальну пневмонію: автореф. дис. на здоб. наук.мед. наук : спец. 14.01.10 – педіатрія / О.В. Єгоренко. – Дніпропетровськ : Б. в., 2011. – 19 с.
5. Кривоустов С.П. Оптимизация лечения заболеваний верхних дыхательных путей у детей с помощью фитониринговых технологий / С.П. Кривоустов // Современная педиатрия. – 2011. – № 1. – С. 124-126.
6. Мизерницкий Ю. Новые подходы в лечении частных заболеваний органов дыхания у детей / Ю. Мизерницкий // Врач. – 2008. – № 10. – С. 105-108.
7. Нагорная Н.В. Заболевания органов дыхания у детей как экозависимая патология. Место растительных средств в их профилактике и лечении / Н.В. Нагорная // Современная педиатрия. – 2011. – № 5. – С. 55-60.
8. Усейнова Н.Н. Роль нейроэндокринных процессов в формировании адаптационных реакций у детей раннего возраста, часто и длительно болеющих респираторными заболеваниями / Н.Н. Усейнова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2009. – № 3. – С. 29-33.
9. Федорчук Т.І. Санаторно-курортне лікування дітей із захворюваннями органів дихання / Т.І. Федорчук // Основи курортології / За ред. М.В. Лободи, Є.О. Колесника. – К., 2003. – С. 433-435.
10. Шадрин О. Г. Пути повышения эффективности лечения бронхолегочных заболеваний у детей раннего возраста / О.Г. Шадрин // Здоровье ребенка. – 2011. – № 1. – С.24-27.

Резюме

Витрищак С.В., Савина Е.Л., Клименко А.К., Санина Е.В., Сичанова Е.В., Клименко К.В. *Перспективные моменты в вопросах санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями дыхательной системы.*

В данной статье рассматриваются вопросы санаторно-курортного лечения детей с заболеваниями органов дыхания как важного завершающего этапа реабилитации детского организма. В системе санаторно-курортного лечения детей обычно выделяют периоды адаптации и активного использования природных и преформированных лечебных факторов, не менее значимым является и послесанаторный период. В каждом периоде имеют место общие и индивидуальные закономерности, что зависит от компенсаторно-приспособительных реакций детского организма.

Ключевые слова: санаторно-курортное лечение, заболевания органов дыхания, дети, реабилитация, природные и преформированные лечебные факторы.

Резюме

Вітрищак С.В., Савіна О.Л., Клименко О.К., Саніна О.В., Сичанова О.В., Клименко К.В. *Перспективні моменти в питаннях санаторно-курортного лікування дітей з захворюваннями дихальної системи.*

У даній статті розглядаються питання санаторно-курортного лікування дітей з захворюваннями органів дихання як важливого завершального етапу реабілітації дитячого організму. В системі санаторно-курортного лікування дітей зазвичай виділяють періоди адаптації і активного використання природних і преформованих лікувальних факторів, не менш значущим є і післясанаторний період. У кожному періоді мають місце загальні та індивідуальні закономірності, що залежать від компенсаторно-приспосувальних реакцій дитячого організму.

Ключові слова: санаторно-курортне лікування, захворювання органів дихання, діти, реабілітація, природні і преформовані лікувальні фактори.

Summary

Vitrishchak S.V., Savina E.L., Klimenko A.K., Sanina E.V., Sichanova E.V., Klimenko K.V. *Perspective moments in questions of sanatorium treatment of children with respiratory diseases.*

The article takes up the issues of sanatorium treatment of children with diseases of the respiratory organs. There is an important final phase of the rehabilitation of the child's body. There are some periods in the course of sanatorium treatment of children: adaptation; active use of the periods of natural and preformed treatment factors; after sanatorium treatment period. In each period, there are common and individual patterns, depending on the compensatory-adaptive reactions of the child's body.

Key words: sanatorium treatment, diseases of the respiratory organs, children, rehabilitation, natural and preformed treatment factors.

Рецензент: проф., д.мед.н. Т.А. Сиротченко

СИНДРОМ ГРУШЕВИДНОЙ МЫШЦЫ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

И.И. Гаврилов, А.А. Панкратьев

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

Известно, что синдром грушевидной мышцы является туннельным синдромом, который характеризуется невралгией седалищного нерва компрессионно-ишемического генеза [1, 5].

В течение десятилетий основной причиной ишиалгий считалась компрессия нервного корешка грыжевым выпячиванием межпозвоночного диска [2,5]. Однако, вначале Freiberg и Vinke выдвинули [4], а затем Robinson [8] развил предположение о роли грушевидной мышцы в патогенезе ряда ишиалгий. И, хотя вышеприведенным работам уже более 70 лет, в настоящее время синдром грушевидной мышцы является все еще недостаточно изученным, а данные работ посвященных этой проблеме подчас бывают противоречивыми [3,6,7,9].

Анатомические взаимоотношения грушевидной мышцы и седалищного нерва представлены на рис. 1, а к особенностям индивидуальной изменчивости можно отнести варианты деления седалищного нерва на два ствола и выход его из полости таза над грушевидной мышцей, или непосредственно через её брюшко.

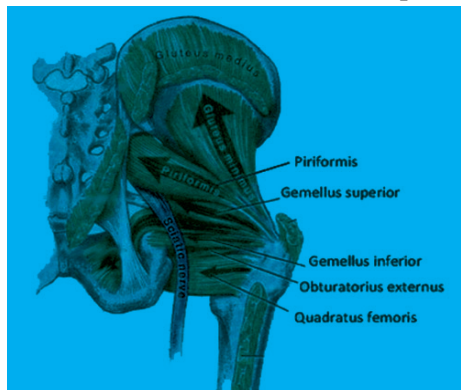


Рис. 1. Взаимоотношения грушевидной мышцы и седалищного нерва.

Обычно синдром грушевидной мышцы возникает при рефлекторном спастическом сокращении самой мышцы и отечности клетчатки в области крестцово-остистой связки и чаще связан с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника при уже скомпрометированном в области позвоночного отверстия нервном корешке.

Однако, анатомическая близость тазобедренного сустава и высокая частота его дегенеративно-дистрофических поражений, обуславливают довольно высокую частоту появления синдрома грушевидной мышцы не только на фоне остеохондроза, но и при коксартрозе.

Особенностями патогенеза развития синдрома грушевидной мышцы при коксартрозе на наш взгляд являются близость очага хронического асептического воспаления, которым является пораженный сустав (Рис.2).

При этом грушевидная мышца дегенеративно изменяется, укорачивается, отекает, в ней формируется стойкий очаг гипертонуса.

Отек и гипертонус мышцы приводят к сдавлению седалищного нерва, что проявляется нарастанием болевого синдрома.

Укорочение, дегенерация мышцы, приводят к формированию контрактуры тазобедренного сустава, изменению его биомеханики и, соответственно, ускорению прогрессирования артроза и усилению воспалительных явлений.

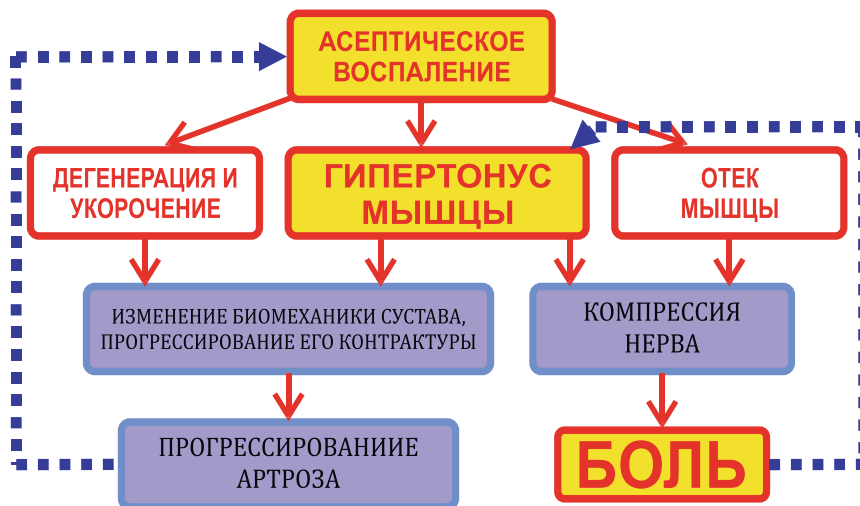


Рис. 2. Особенности патогенеза синдрома грушевидной мышцы при коксартрозе.

Таким образом, формирование порочных кругов в патогенезе синдрома грушевидной мышцы при коксартрозе и наличие нескольких основных звеньев патогенеза (воспаление, боль,

повышенный тонус мышцы) требуют комплексного подхода к лечению данной патологии.

Основным клиническим проявлением данного синдрома является тянущая, ноющая боль в области ягодицы, которая может иррадиировать в область бедра, голени и паха (Рис 3.).

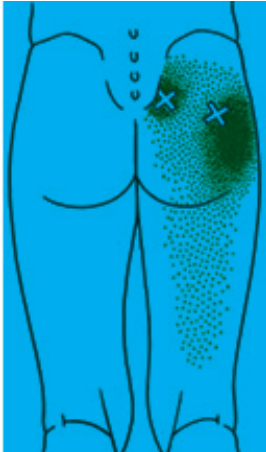


Рис. 3. Основные зоны иррадиации боли при синдроме грушевидной мышцы.

К основным диагностическим признакам синдрома грушевидной мышцы следует отнести:

Болезненность при пальпации ягодицы в области нижних отделов крестцово-подвздошного сочленения и верхне-внутренней поверхности большого вертела.

Удары молоточком по остистым отросткам нижних поясничных позвонков вызывают сокращение ягодичных мышц (рефлекс Гроссмана).

Усиление боли при пассивном приведении и внутренней ротации бедра (тест Боне - Бобровниковой).

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 17 пациентов с синдромом грушевидной мышцы, из них у 5 пациентов основным заболеванием являлся коксартроз II-III степени. Было установлено, что провоцирующим фактором развития данного синдрома явилась избыточная физическая нагрузка и перенапряжение мышц области поясницы и таза. Возраст пациентов варьировал от 35 до 63 лет. Из-за развившегося синдрома грушевидной мышцы все пациенты данной группы вынуждены были приостановить функциональное лечение (ЛФК) основного заболевания, а медикаментозное лечение (НПВП, анальгетики) в амбулаторных условиях в течении 7-10 дней не давало эффекта.

При госпитализации всем пациентам данной группы была выполнена блокада грушевидной мышцы (как «стартовая терапия»). При этом в брюшко грушевидной мышцы вводили 10-20 мл 1% раствора лидокаина. Исчезновение или значительное снижение интенсивности симптомов расценивали как дополнительный критерий синдрома грушевидной мышцы. Интенсивная медикаментозная терапия, направленная на купирование болевого синдрома

ма и уменьшения спазма мышц сочеталась с физиопроцедурами (УВЧ, магнитотерапия). С 3-4 дня лечения, при положительной динамике и окончании острого процесса заболевания начинали ЛФК по Уильямсу и мануальную терапию. Основными приемами мануальной терапии были:

Разминание в точке хуан-тяо (центр ягодицы).

Мобилизация пояснично-крестцового отдела позвоночника по Стодарту.

Постизометрическая релаксация грушевидной мышцы.

Полученные результаты

Сроки стационарного лечения больных составили от 14 до 20 дней. У всех пациентов данной группы после проведения комплексного лечения, направленного на купирование синдрома грушевидной мышцы, был получен положительный эффект. При этом, период ремиссии основного заболевания при соблюдении адекватной физической нагрузки и периодически проводимой поддерживающей медикаментозной терапии составлял от 6 до 12 месяцев.

Выводы

1. Синдром грушевидной мышцы, возникший на фоне коксартроза имеет свои особенности в патогенезе и является признаком обострения основного заболевания.

2. Предлагаемое комплексное, этапное лечение больных с синдромом грушевидной мышцы позволяет добиваться стойкой и длительной ремиссии основного заболевания.

Литература

1. Бедренные невралгии / Т.В. Зимакова, Ф.А. Хабиров, Т.И. Хайбуллин [и др.] // *Практическая медицина*. - 2012. - № 2. - С. 51-56.
2. Яхно Н.Н. *Невропатическая боль: особенности клиники, диагностики и лечения* / Н.Н. Яхно, А.Н. Баринов // *Врач*. - 2007. - № 3. - С. 16-22.
3. Foster M.R. *Piriformis syndrome* / M.R. Foster // *Orthopedics*. - 2002. - Vol. 25. - 821-825/
4. Freiberg A.H. *Sciatica and the sacro-iliac joint* / Freiberg A.H., Vinke T.H. // *J. Bone Joint. Surg. Am.* - 1934. - Vol. 16. - P. 126-136.
5. Papadopoulos E.C. *Piriformis syndrome and low back pain: a new classification and review of the literature* / E.C. Papadopoulos, S.N. Khan // *Orthop. Clin. North Am.* - 2004. - Vol. 35. - P. 65-71.
6. *Piriformis syndrome: anatomic considerations, a new injection technique, and a review of the literature* / H.T. Benzon, J.A. Katz, H.A. Benzon, M.S. Iqbal // *Anesthesiology*. - 2003. - Vol. 98. - P. 1442-1448.

7. *Piriformis syndrome: diagnosis, treatment, and outcome - a 10-year study [review]* / L.M. Fishman, G.W. Dombi, C. Michaelsen [et al.] // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* - 2002. - Vol. 83. - P. 295-301.

8. *Robinson D.R. Piriformis syndrome in relation to sciatic pain* / D.R. Robinson // *Am. J. Surg.* - 1947. - Vol. 73. - P. 355-358.

9. *The clinical features of the piriformis syndrome: a systematic review* / K. Hopyan, F. Song, R. Riera, S. Sambandan // *Eur. Spine. J.* - 2010. - Vol. 19 (12). - P. 2095-2109.

Резюме

Гаврилов И.И., Панкратьев А.А. Синдром грушевидной мышцы при коксартрозе.

Несмотря на многочисленные попытки изучения синдрома грушевидной мышцы, как фактора патогенеза ряда ишалгий, данная проблема остается недостаточно изученной. Нами были обследованы 17 пациентов с синдромом грушевидной мышцы, 5 из них имели коксартроз II-III степени. Поскольку проведенное лечение НПВС и анальгетиками в амбулаторных условиях не давало эффекта, нами была выполнена блокада грушевидной мышцы 10-20 мл 1% раствором лидокаина. С 3-4 дня лечения, при положительной динамике и окончании острого процесса заболевания начинали ЛФК по Уильямсу и мануальную терапию. После завершения лечения у всех пациентов данной группы был получен положительный результат. Период ремиссии при этом сохранялся от 6 до 12 месяцев, при условии соблюдения адекватной физической нагрузки. Таким образом, данное комплексное лечение вполне можно считать целесообразным и эффективным.

Ключевые слова: синдром грушевидной мышцы, коксартроз, ишалгия, лидокаин.

Резюме

Гаврилов В. И., Панкратьев А. А. Синдром грушеподібної м'язи при коксартрозі.

Незважаючи на численні спроби вивчення синдрому грушеподібної м'язи, як фактору патогенезу низки ішалгій, дана проблема залишається недостатньо вивченою. Нами були обстежені 17 пацієнтів з синдромом грушеподібної м'язи, 5 з них мали коксартроз II-III ступеня. Оскільки проведено лікування НПЗЗ і анальгетиками в амбулаторних умовах не давало ефекту, нами була виконана блокада грушеподібної м'язи 10-20 мл 1% розчином лідокаїну. З 3-4 дня лікування, при позитивній динаміці і закінчення гострого процесу захворювання починали ЛФК за Вільямсу і мануальну терапію. Після завершення лікування у всіх пацієнтів даної групи був отриманий позитивний результат. Період ремісії при цьому зберігався від 6 до 12 місяців, за умови дотримання адекватної фізичної навантаження. Таким чином, дане комплексне лікування цілком можна вважати доцільним та ефективним.

Ключові слова: синдром грушеподібної м'язи, коксартроз, ішалгія, лідокаїн.

Summary

Gavrilov I. I., Pankratov A. A. Piriformis syndrome in the hip.

Despite numerous attempts to study the piriformis syndrome as a factor in the pathogenesis of a number of sciatica, this problem remains insufficiently studied. We studied 17 patients with piriformis syndrome, 5 of them had coxarthrosis of the II-III degree. Since the treatment of NSAIDs and analgesics in the outpatient setting does not produce the effect, we carried out the blockade of the piriformis muscle 10-20 ml of 1% lidocaine. With 3-4 days of treatment, with a positive dynamics after the acute disease process has started physical therapy at Williams and manual therapy. After completion of treatment all patients of this group were received a positive result. The period of remission while still maintaining 6 to 12 months, subject to adequate physical activity. Thus, this complex treatment can be considered appropriate and effective.

Key words: piriformis syndrome, coxarthrosis, sciatica, lidocaine.

Рецензент: проф., д.мед.н. Т.В. Мироненко

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ИСХОД РОДОВ ПРИ
ОБОЛОЧЕЧНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ
СОСУДОВ ПУПОВИНЫ****Е.В. Гордиенко, Н.Е. Грачева, О.В. Гусаковская***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»***Введение**

В современном акушерстве основным стремлением в работе врача акушера-гинеколога является максимальное снижение случаев перинатальной смертности. При этом существуют редко встречающиеся причины, приводящие к интранатальной гибели плода. Так, оболочечное прикрепление сосудов пуповины (ОПСП) относится к аномалиям развития последа и встречается при одноплодной беременности, по данным литературы, в 0,1% случаев [1, 2]. При многоплодной беременности частота этой патологии несколько выше. При оболочечном прикреплении пуповина прикрепляется не к самой плаценте, а к плодным оболочкам, на некотором расстоянии от края плаценты. Известно, что пуповина содержит особую ткань, получившую название вартонова студня, которая защищает от травмы пупочные сосуды. Если пуповина прикреплена не непосредственно к плаценте, а входит в оболочки, то на некотором протяжении сосуды, проходящие от пуповины к плаценте, лишены этой защиты.

Причиной оболочечного прикрепления пуповины считают первичный дефект имплантации пуповины, когда она прикрепляется не к участку трофобласта, который формирует плаценту, а в зону трофобласта перед decidua capsularis [4]. Сосуды пуповины при этом направляются к плаценте по оболочкам. Если участок оболочек с проходящими по нему сосудами располагается над внутренним зевом шейки матки ниже предлежащей части плода, то говорят о предлежании сосудов пуповины.

В родах (чаще при излитии околоплодных вод) разрыв сосудов при оболочечном прикреплении пуповины может привести к острой гипоксии и гибели плода, в связи с острой кровопотерей плода.

В 5-8% наблюдений оболочечное прикрепление пуповины сочетается с аномалиями развития и хромосомной патологией плода.

При оболочечном прикреплении пуповины повышен риск задержки роста плода, вследствие атрофичности сосудов и недостаточного питания, а также риск преждевременных родов [5].

Несмотря на редкость этой акушерской патологии, при открытии зева 3-4 см. классическое акушерство рекомендует сохранение целостности плодного пузыря, исторически даже с использованием кольпейриза [6]. При полном раскрытии зева необходимо осторожно в стороне от сосудов вскрыть плодный пузырь и ускорить родоразрешение. В половине случаев родоразрешение может быть осуществлено при помощи кесарева сечения [2].

Разрыв пупочных сосудов может произойти только тогда, когда плевистое (оболочечное) прикрепление пуповины наблюдается в нижнем полюсе плодного яйца. Разрыв пупочных сосудов влечет за собою кровотечение и быструю гибель плода. Предупредить разрыв сосудов и смерть плода возможно только при своевременном распознавании плевистого прикрепления пуповины (иногда удается прощупать пульсирующие сосуды на оболочках). При свершившемся разрыве спасти плод можно только немедленным родоразрешением (поворот и извлечение, наложение щипцов, кесарево сечение). Таким образом, основная профилактика перинатальной смертности при оболочечном прикреплении пуповины – своевременная диагностика.

Применение ультразвуковой диагностики и цветной доплерографии позволяет диагностировать варианты аномального прикрепления пуповины к плаценте. Выявленное предлежание сосудов пуповины, так же как и предлежание плаценты является показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения.

Связь работы с научными программами, планами, темами: «Усовершенствование методов профилактики и лечения нарушения здоровья женщин разного возраста и с осложненным течением беременности» (№ госрегистрации 0110U000573).

Материалы и методы исследования

Ретроспективно проанализированы особенности течения беременности и родов, особенности диагностики у 5 женщин с оболочечным прикреплением сосудов пуповины. Эти 5 случаев прошли за 10 лет наблюдений в Луганском городском перинатальном центре, где за это время произошло 18 000 родов, Таким образом, по нашим данным частота оболочечного прикрепления сосудов пуповины составила 0,03% случаев. Четыре случая имели место при

одноплодной беременности, пятый – дихориальная диамниотическая двойня. При многоплодии частота ОПП по нашим данным составила 0,14% , т.е. в 4,6 раза чаще, чем при одноплодной беременности. Средний возраст женщин составил $25 \pm 2,5$ года. Во всех пяти случаях это были первородящие, но с отягощенным акушерским анамнезом и отягощенным течением беременности пациентки. На долю всех 5-ти пришлось 9 самопроизвольных аборт, что составило 1,8 аборта на одну пациентку. Первичное бесплодие в течение 3 лет имели 2 женщины. Настоящая беременность у всех осложнялась рецидивирующей угрозой прерывания, причем первый эпизод выявлялся в сроке 5 ± 3 дня беременности. В сроке до 12 недель у всех при УЗИ, проведенном в связи с угрозой прерывания, отмечено наличие ретрохориальной гематомы, по поводу чего проводилось стационарное лечение. Из осложнений беременности у 3 (60%) выявлена анемия беременной легкой степени (что не выше общепопуляционного показателя). В связи с отягощенным акушерским анамнезом и течением беременности, УЗИ проводилось чаще, чем определено скринингом. В среднем, было проведено 5,4 ультразвуковых исследования на одну беременную. Оболочечное прикрепление сосудов пуповины методом УЗИ выявлено до родоразрешения лишь в одном случае (20%). Наиболее часто, при доплерометрии выявлялась патология кровотока, выставлялся диагноз «фето-плацентарная недостаточность», проводилось соответствующее лечение.

Полученные результаты и их обсуждения

При исследовании гемодинамики в сосудах устанавливался нулевой, персистирующий либо реверсный кровотока. Персистирующий кровоток – тип гемодинамического спектра, при котором систолические комплексы имеют различную форму и различные резистентные показатели. Данный вид кровотока имеет обратимый характер и свидетельствует о нарушении регуляции сосудистого тонуса, он является переходной формой к стадии декомпенсации нарушения кровообращения.

Персистирующий кровоток установлен у 2 беременных (40%), проводилась метаболическая и улучшающая микроциркуляцию терапия. Особого улучшения кровотока не наблюдалось, но дополнительные методы исследования: КТГ, биофизический профиль плода (после 30 недель беременности) с удовлетворительными показателями состояния внутриутробного плода, позволили доносить беременность до срока родов.

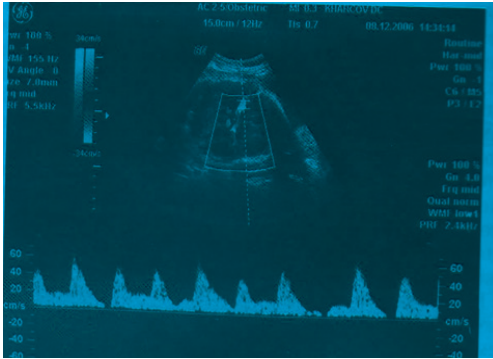


Рис. 1. Персистирующий кровоток. (32 – 33 неделя).

Ретроградный или реверсный кровоток диагностировали при ситуации, когда части спектра находились по различные стороны от базовой линии в пределах одного кардиоцикла. Реверсный кровоток диагностирован у 2 беременных (40%) и учитывая их отягощенный самоабортами и бесплодием анамнез, очень тревожил врачей. Исходя из данных литературы [4], возникновение реверсного диастолического кровотока является признаком сердечной недостаточности плода, может предшествовать его внутриутробной гибели. Но в наших случаях, на смену реверсного кровотока, на фоне метаболической и улучшающей микроциркуляцию терапии, периодически приходил персистирующий или даже нормальный кровоток. Затем, через 3-5 дней вновь появлялся реверсный... И так 3-4 раза в течение третьего триместра беременности.

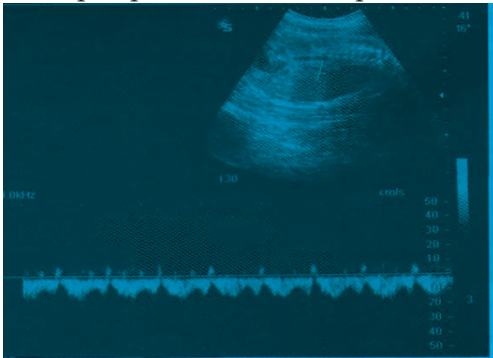


Рис. 2. Реверсный кровоток (27 – 28 неделя).

Нулевой диастолический кровоток – это отсутствие регистрации тока в крови в фазу диастолы. Он, как правило, предшествовал реверсному и по нашим данным имел место у 4 пациенток (80%).

У 2 (40%) женщин нулевой кровоток перешел в ретроградный (реверсный) кровоток, а у 2 (40%) пациенток через персистирующий кровоток нормализовался. Мы помним, что изменения в венозной системе плода не всегда сопровождается изменениями артериального кровотока. Важными критериями декомпенсации гемодинамики плода является регистрация патологической пульсации в интраабдоминальном отделе пуповины и ретроградный кровоток в венозном протоке.

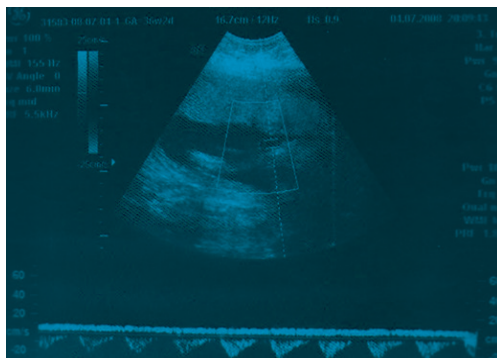


Рис. 3. Нулевой кровоток (26 – 27 недель).

Таким образом, всем беременным в связи с фето-плацентарной дисфункцией неоднократно проводилась метаболическая и улучшающая микроциркуляцию терапия, лечение угрозы преждевременных родов. Во всех случаях роды окончили-

лись рождением живых (6) новорожденных, из них 4 доношенных и 2 недоношенных. Масса тела доношенных $3200 \pm 250,0$ г, недоношенных $2300 \pm 125,0$ г. Состояние новорожденных по шкале Апгар составило $7,8 \pm 0,3$ балла на 1 минуте, $8,2 \pm 0,2$ балла на 5 минуте. Кесаревым сечением родоразрешены 3 беременных, что составило 60%, что в 3,8 раза чаще, чем в общей популяции городского перинатального центра. Во всех случаях, после родов, диагностировано оболочечное прикрепление сосудов пуповины, подтвержденное гистологическим исследованием плацент.

Выводы

1. Оболочечное прикрепление сосудов пуповины – редкая патология 0,03%, в 4,6 раза чаще встречающаяся при многоплодии.
2. Частота диагностики до родов оболочечного прикрепления сосудов пуповины с применением современных методов УЗИ (биофизического профиля, доплерометрии) составляет 20%.
3. Наиболее часто причиной ОПСП является ОАА (бесплодие, невынашивание).
4. При ОПСП беременность осложняется рецидивирующей угрозой прерывания, образованием ретрохориальной гематомы в ранние сроки беременности; развитием фетоплацентарной дисфункции – недостаточности в третьем триместре беременности.
5. Особенностью доплеровской регистрации нарушенного кровотока является: наличие персистирующего, нулевого, а в половине случаев реверсного, который без особого лечения, может нормализовываться (имеет непредсказуемость).

Литература

1. Глуховец Б.И. Патология последа / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб: Грааль. – 2002. – 448 с.

2. Гагаев Ч.Г. Патология пуповины / Ч.Г. Гагаев. – 2012. – 196 с.
3. Допплерометрия сосудов фетоплацентарного комплекса: диагностика плацентарных нарушений: учебное пособие / Р.Я. Абдуллаев, И.М. Сафорова, И.С. Лукьянова. – Харьков: Новое слово, 2008. – 52 с.
4. Медведева М.В. Пренатальная эхография / М.В. Медведева. – [1-изд.]. – М.: Реальное время, 2005. – 560 с.
5. Benirschke K. Pathology of the human placenta / K. Benirschke, P. Kaufmann, R. Beargen. – [5-th ed.]. – New York: Springer – Verlag, 2006. – P. 392-394.
6. Kurita M. Ultrasound evaluation of the amount of Wharton's jelly and the umbilical coiling index / M. Kurita, J. Hasegawa, T. Mikoshiba // Fetal Diagn. Ther. – 2009. – Vol. 26, № 2.

Резюме

Гордиенко Е.В., Грачева Н.Е., Гусаковская О.В. Особенности диагностики и исход родов при оболочечном прикреплении сосудов пуповины.

Оболочечное прикрепление сосудов пуповины – редкая патология 0,03%, в 4,6 раза чаще встречающаяся при многоплодии. При ОПСП беременность осложняется рецидивирующей угрозой прерывания, образованием ретрохориальной гематомы в ранние сроки беременности; развитием фетоплацентарной дисфункции – недостаточности в третьем триместре беременности. Особенностью доплерографической регистрации нарушенного кровотока является: наличие персистирующего, нулевого, а в половине случаев реверсного, который без особого лечения, может нормализовываться (имеет непредсказуемость).

Ключевые слова: сосуды пуповины, биофизический профиль плода, оболочечное прикрепление.

Резюме

Гордієнко О.В., Грачова Н.Є., Гусаківська О.В. Особливості діагностики та вихід положів при оболонковому прикріпленні судин пуповини.

Оболонкове прикріплення судин пуповини – рідкісна патологія 0,03%, в 4,6 рази частіше зустрічається при багатоплідді. При ОПСП вагітність ускладнюється рецидивуючою загрозою переривання вагітності, утворенням ретрохоріальної гематоми в ранні терміни вагітності; розвитком фетоплацентарної дисфункції – недостатності в третьому триместрі вагітності. Особливістю доплерівської реєстрації порушеного кровотоку є: наявність персистуючого, нульового, а в половині випадків реверсного кровотоку, який без особливого лікування, може нормалізуватися.

Ключові слова: судини пуповини, біофізичний профіль плода, оболонкове прикріплення.

Summary

Gordienko E.V., Gracheva N.E. Gusakovskaya O.V. Peculiarities of diagnosis and birth outcomes at the shell attachment of the umbilical cord vessels.

The shell attachment of the umbilical cord vessels is a rare pathology of 0,03%, 4,6 times more common in multiple pregnancy. At ShAUC pregnancy is complicated by the recurrent threat of termination, the conformation of retrochorial hematoma in early pregnancy; the development of fetoplacental dysfunction – failure in the third trimester of pregnancy. A feature of the Doppler registration of impaired blood flow is the presence of persistent, zero, and half of the cases of the reverse, which, without special treatment, can normalize (unpredictability).

Key words: umbilical cord vessels, biophysical profile of the fetus, shell attachment.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.В. Симрок

**ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Л.Н. Иванова, Ю.В. Сидоренко, Е.А. Холина,
Э.В. Абашин, И.Г. Баранов, А.В. Зоря**

*ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганский республиканский кардиологический диспансер*

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания - одна из основных причин смертности населения [1, 2, 3, 4]. По данным Р. Heidenreich и соавт. (2011), распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) к 2030 г. увеличится на 9,3%, а прямые медицинские затраты возрастут на 198% по сравнению с таковыми в 2010 г. [5]. ИБС стремительно «молодеет», входя в десять основных причин смертности людей 35-летнего возраста. Статистические данные подтверждают значительное увеличение частоты заболеваемости и смертности среди лиц молодого возраста с верифицированным диагнозом ИБС. Так, ежегодно более 1% мужчин в возрасте до 40 лет заболевают ИБС, а наибольший прирост смертности от данной патологии приходится на возраст 35-44 года.

Американские исследователи П. Гопкинс и Р. Вильяме (1981) опубликовали обзор, в котором попытались собрать воедино описанные факторы, способствующие развитию ИБС. Таких факторов, как основных, так и второстепенных, оказалось 246. Причем, действие этих факторов может комбинироваться. Кроме того, заметное влияние на риск развития ИБС оказывают частые стрессовые ситуации, психическое перенапряжение, умственное переутомление. Чаще всего «виноваты» не стрессы сами по себе, а их влияние на особенности личности человека.

Выделяют два поведенческих типа: А и Б. К типу А относятся люди с легковозбудимой нервной системой, чаще всего холерического темперамента, пребывающие в вечном напряжении, менее всего способные адаптироваться к стрессовой ситуации. Именно у людей этого типа ИБС в молодом возрасте развивается в 6,5 раз чаще, чем у людей типа Б, уравновешенных и флегматичных [6].

Ряд факторов риска ИБС присущ только женщинам, учитывая их репродуктивный статус, в том числе прием оральных контрацеп-

тивов (ОК), метаболические нарушения при беременности и родах, позднее наступление беременности, искусственное прерывание беременности и отягощенный гинекологический анамнез [7]. В последние годы отмечено увеличение заболеваемости ИБС у фертильных женщин [8]. Взаимосвязь между приемом ОК и увеличением риска тромбозомболических осложнений, включающим инфаркт миокарда (ИМ), изучалась с 60-х годов. ОК оказывают действие на липидный профиль, метаболизм углерода, сосудистый гемостаз и уровень артериального давления (АД). Риск развития ИМ, по некоторым данным, также зависит от поколения контрацептивов. Так, по сравнению с женщинами, не применявшими ОК, относительный риск ИМ при приеме ОК третьего поколения составлял 0,82, тогда как при приеме ОК второго поколения - 2,35. В то же время сильная взаимосвязь относительно увеличения риска ИБС наблюдается между одновременным использованием ОК и курением [8,9].

Риск фатальных сердечно-сосудистых событий зависит от числа выкуренных сигарет: менее 10 сигарет в день - риск увеличивается в 2 раза [10]; а у женщин, принимавших ОК и выкуривавших более 10 сигарет в день, риск ИМ в 20 раз выше по сравнению с некурящими женщинами. При этом женщины младших возрастных групп более чувствительны к действию курения [11]. Так, Rosenberg et al. доказали, что смертность от ИМ и стенокардии у женщин связана с количеством выкуриваемых в день сигарет. Выкуривание 4 сигарет в день увеличивает относительный риск летальных исходов от ИБС и нелетального ИМ в 2,4 раза. Прекращение курения может снизить до нормы относительный риск ИБС уже через 2 года. В ретроспективном обзоре историй болезни, проведенном De et al., изучали женщин моложе 45 лет, жаловавшихся на боль в груди. Ангиографически выраженная ИБС была обнаружена у 29% женщин. Наиболее частыми кардиологическими факторами риска были: наличие в анамнезе ранней ИБС у родителей (67%), курение (55%) и дислипидемия (55%) [12]. В исследовании «Nurses Health Study» было изучено почти 122000 женщин в возрасте от 30 до 55 лет и обнаружено, что у женщин, родители которых имели в анамнезе ИМ в возрасте до 60 лет, риск летальной ИБС в 5 раз выше, чем в целом в популяции.

Повышенный уровень АД (>140/90 мм рт.ст.) у молодых женщин встречается значительно реже, чем у мужчин, но при этом риск смерти от ИБС возрастает в 10 раз по сравнению с молодыми женщинами без гипертонии и превышает таковой у мужчин в 1,3 раза.

Фрамингемское исследование выявило двукратное повышение риска ИБС у женщин с ожирением по сравнению с женщинами без такового [10]. Исследование «Nurses health Study» показало увеличение риска развития ИБС в 2-3 раза у женщин с ожирением по сравнению с имеющими нормальную массу тела [11]. Чем выше индекс массы тела, тем выше смертность от ИБС. Большое значение имеет характер распределения подкожной жировой клетчатки в организме. У женщин с абдоминальным типом ожирения появление первых клинических признаков ИБС отмечается в молодом возрасте. Они достоверно чаще переносят ИМ, инсульты и умирают внезапно, нежели женщины с ожирением по женскому типу либо с нормальной массой тела.

Одним из инициирующих факторов в развитии преждевременной ИБС у женщин является также эндотелиальная дисфункция с достоверным снижением концентрации метаболитов NO в крови по сравнению со здоровыми женщинами [6].

Цель исследования: выявить факторы риска возникновения ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 35 больных (мужчин - 21, женщин - 14) молодого возраста (согласно классификации ВОЗ) с верифицированным соответственно действующим нормативным документам диагнозом ИБС. Обследование включало анкетирование с выяснением факторов риска ИБС (курение, артериальная гипертензия, ожирение, стресс и др.), антропометрических данных, социальных вопросов, наследственной склонности к сердечно-сосудистой патологии.

Полученные результаты и их обсуждение

При рассмотрении факторов риска ИБС у лиц молодого возраста особое внимание уделяли выявлению факторов, имевших место в жизни больных в возрасте до 18 лет. Наследственность оказалась отягощенной у половины больных: смерть матери от ИБС в возрасте до 55 лет выявлена у 1 (2,8%) пациента; у 17 (50%) - ближайшие родственники страдали ИБС в возрасте старше 55 лет (у некоторых пациентов наследственность была двойной); у остальных - наследственность по сердечно-сосудистой патологии не была отягощена. В тоже время 6 (17,3%) пациентов отмечали, что в детстве имели избыточную массу тела, при этом систематически злоупотребляли соленой, жирной и жареной пищей; у 12 (34,9%) - основная масса потребляемой пищи приходилась на вечер, имело место переедание; 4 (10%) пациента вели малоподвижный образ жизни.

У обследованных больных средний возраст начала употребления алкоголя составил $18,9 \pm 3,4$ лет; 17 (49,4%) больных в возрасте до 18 лет являлись пассивными курильщиками. 10 (28%) пациентов постоянно и 7 (19,3%) периодически испытывали напряженные психоэмоциональные отношения со сверстниками и родителями; 3 (8,3%) - периодически ощущали дискомфорт в домашней обстановке; 19 (55%) - не были удовлетворены материальными и 12 (34,7%) - жилищными условиями; у 2 (5,7%) пациентов имело место повышение АД в возрасте до 18 лет. К факторам риска прогрессирования ИБС после 18 лет у наших больных относились: у 15 (42,6%) больных - нарушение сна, несоответствие вознаграждения интенсивности работы, продолжение работы при плохом самочувствии - у 9 (24,7%) пациентов; разочарование, связанное с несбывшимися ожиданиями - у 7 (21%); монотонный однообразный, не приносящий радости труд - у 9 (16,7%), неудачи в личной жизни - у 3 (8,0%) пациентов, что можно охарактеризовать как составляющие синдрома эмоционального выгорания. Большинство больных (28 человек - 80,0%) - имели одновременно сочетание более трех триггерных факторов.

Выводы

1. Некоторые общепринятые факторы риска возникновения ИБС (наследственность, избыточная масса тела, злоупотребление соленой, жирной и жареной пищей, переедание, пассивное курение, гиподинамия, напряженные психоэмоциональные отношения), которые являются поведенческими, присутствовали у больных до 18 лет их жизни.
2. У больных молодого возраста с ИБС, кроме традиционных факторов риска, выявлены проявления синдрома эмоционального выгорания.
3. Для ранней диагностики ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста необходимо использовать тщательный респрос с выявлением факторов риска.

Литература

1. *Heart disease and stroke statistics 2012 update: a report from the American Heart Association / V.L. Roger, A.S. Go, D.M. Lloyd-Jones [et al.] // Circulation. - 2012. - Vol.124. - P.200-220.*
2. *Шальнова С.А. Ишемическая болезнь сердца в России: распространенность и лечение (по данным клинко-эпидемиологических исследований) / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Тер архив. - 2011. - С. 7-12.*
3. *Forecasting the Future of Cardiovascular Disease in the United States A Policy Statement From the American Heart Association / P.A. Heidenreich, J.G. Trogdon, O.A. Khavjou [et al.] // Circulation. - 2011. - Vol. 123. - P. 933-944.*
4. *Steg P.G. Heart rate management in coronary artery disease: the CLARIFY registry / P.G. Steg // Eur. Heart J. - 2009. - Vol.11. - P. D13-D18.*

5. EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries / K. Kotseva, D. Wood, G. De Backer [et al.] // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* - 2009. - Vol.16. - P.121-137.

6. Шальнова С.А. Характеристика пациентов высокого риска. Результаты эпидемиологической части научно-образовательной программы ОСКАР-2006 / С.А. Шальнова, А.Д. Деев // *РМЖ.* - 2007. - №9. - С. 757

7. Шальнова С.А. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца в реальной практике врача-кардиолога / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Ю.А. Карпов // *Кардиоваск. тер. и проф.* - 2006. - № 1. - С. 73-80.

8. Частота пульса и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у российских мужчин и женщин. Результаты эпидемиологического исследования / А.Д. Деев, Р.Г. Оганов, В.В. Константинов [и др.] // *Кардиология.* - 2005. - № 10. - С.45-50.

9. Eastaugh J.L. Highlighting the need for better patient care in stable angina: results of the international Angina Treatment Patterns (ATP) Survey in 7074 patients / J.L. Eastaugh, M.J. Calvert, N. Freemantle // *Family Practice.* - 2005. - Vol.22. - P.43-50.

10. Heart Rate and Use of Beta-Blockers in Stable Outpatients with Coronary Artery Disease / P.G. Steg, R. Ferrari, I. Ford [et al.] // *PLoS ONE.* - 2012. - Vol.7. - P. 36284. / doi: 10.1371/journal.pone.0036284

11. Ferrari R. A step further with ivabradine: SIGNIFY (Study assessInG the morbidity-mortality beNefits of the If inhibitor ivabradine in patients with coronary artery disease) / R. Ferrari // *Eur. Heart J.* - 2009. - Vol.11. - P. D19-D27.

12. Шальнова С.А. Распространенность курения в России. Результаты обследования национальной представительной выборки населения / С.А. Шальнова, А.Д. Деев, Р.Г. Оганов // *Проф забот и укреп здор.* - 1998. - № 3. - С. 9-12.

Резюме

Иванова Л.Н., Сидоренко Ю.В., Холина Е.А., Абашин Э.В., Баранов И.Г., Зоря А.В. Факторы риска ишемической болезни сердца у лиц молодого возраста.

У больных молодого возраста с ИБС выявлено преобладание поведенческих факторов, особенно в возрасте до 18 лет и проявления синдрома эмоционального выгорания.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, молодой возраст, факторы риска.

Резюме

Иванова Л. М., Сидоренко Ю. В., Холина О. А., Абашин Е. В., Баранов І. Г., Зоря О.В. Фактори ризику ішемічної хвороби серця у осіб молодого віку.

У хворих молодого віку з ІХС виявлено переважання поведінкових факторів, особливо у віці до 18 років і прояви синдрому емоційного вигорання.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, молодий вік, фактори ризику.

Summary

Ivanova L. N., Sidorenko Y. V., Kholina, E. A., Abashin E. V., Baranov I. G., Zorya A.V. Risk Factors for coronary heart disease in young adults.

In young patients with coronary heart disease (CHD) revealed the prevalence of behavioral factors, especially in the age of 18 and symptoms of burnout syndrome.

Key words: coronary heart disease, young age, risk factors.

Рецензент: проф., д.мед.н. Ю.Н. Колчин

**ДИНАМИКА ЦИРКАДНОГО КОЛЕБАНИЯ
АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ
ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ
СТЕНОКАРДИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА**

Г.А. Игнатенко¹, И.В. Мухин¹, А.С. Дзюбан²

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Донецкое областное клиническое территориальное медицинское
объединение

Введение

Ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и сахарный диабет 2-го типа (СД 2-го типа) являются наиболее частыми заболеваниями человечества, а частота такого «тандема» прогрессивно увеличивается с возрастом [5, 7]. У 24-51% больных имеет место такое коморбидное сочетание, что существенно ухудшает прогноз и усложняет выбор лечебной тактики и ее эффективность [6, 11, 12].

Продолжается поиск медикаментозных и немедикаментозных направлений лечения такой коморбидной категории пациентов. Основным требованием к лечебному методу является эффективное влияние на общие патогенетические механизмы формирования и прогрессирования кардио-эндокринной синтропии. Одним из новых направлений лечения таких пациентов является интервальная нормобарическая гипокситерапия (ИНБГТ), которая обладает комплексом кардио- и вазопротекторных свойств (локальная и системная вазодилатация, активация синтеза оксида азота, уменьшение проявлений эндотелиальной дисфункции, торможение атерогенеза) [13, 17]. В этой связи данный метод патогенетически обоснован как для системного снижения АД, так и коронарной и периферической вазодилатации.

Цель исследования заключалась в анализе влияния комплексной терапии с использованием сеансов ИНБГТ на циркадные колебания артериального давления у молодых гипертензивных больных стабильной стенокардией с СД 2-го типа.

Материал и методы исследования

Исследования проводилось в рамках плановой научно-исследовательской кафедры пропедевтической и внутренней медицины

Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького «Разработка, патогенетическое обоснование и внедрение методов липосомальной и адаптационной терапии в комплексном лечении монозонологической и мультизонологической терапевтической патологии» (№ УН 16.02.13).

В исследование включено 92 молодых гипертензивных пациента со стабильной стенокардией и СД 2-го типа в возрасте от 42 до 52 лет (средний возраст $47,2 \pm 1,5$ лет). Критериями включения к исследованию были: АГ 1-2 стадии и 1-2 степени, стенокардия напряжения 1-2 функционального класса (ФК), ХСН 1-2 ФК по NYHA, СД 2-го типа средней степени тяжести.

Методом случайной выборки пациенты были распределены в 2 статистически однородных по возрасту ($\chi^2=0,7$, $p=0,51$), полу ($\chi^2=2,0$, $p=0,21$), длительности АГ ($\chi^2=1,3$, $p=0,34$), СД ($\chi^2=3,0$, $p=0,23$), ИБС ($\chi^2=3,6$, $p=0,18$) и СД ($\chi^2=0,7$, $p=0,89$) группы наблюдения. Первая (основная) группа (47 больных) после рандомизации получала стандартную медикаментозную терапию (антагонисты кальция, нитраты, ингибиторы АПФ или сартаны, статины, дезагреганты, бета-адреноблокаторы) [1]. Диагностика и последующий контроль сахароснижающей терапии осуществлялся эндокринологом. Второй группе (группа сравнения) (45 пациентов) кроме аналогичного лечения проводили ежедневные сеансы ИНБГТ длительностью до 50-60 минут в течение 20 дней при помощи гипоксикаторов «ГИП 10-1000-0», «Трейд Медикал», Россия и «Тибет-4», «Newlife», Россия [2, 22-23].

Показатели циркадных колебаний давления крови получали на основании суточного мониторинга (кардиомонитор "Кардиотехника-04-АД-3", Россия). Протокол исследования включал измерение артериального давления (АД) каждые 15 минут в дневной период и каждые 30 минут ночью. При помощи программного обеспечения получали показатели вариабельности АД. Больные, у которых степень снижения среднесуточного АД и суточный индекс на протяжении ночи по сравнению с дневным периодом представляла 10-20%, относились к категории Dipper, от 0 к 10% - Non dipper, больше 20% - Over - dipper, а меньше 0% - Night - peaker [4].

Статистическая обработка полученных результатов выполнена на персональном компьютере с использованием пакета "Statistica 6.0". Статистически значимые отличия определяли при уровне значимости $<0,05$.

Полученные результаты и их обсуждения

Таблица 1

Показатели циркадных колебаний АД до и после лечения

Показатели циркадных колебаний АД	Группы больных	
	1-я группа (n=47)	2-я группа (n=45)
Среднее суточное систолическое АД, М±m, мм рт.ст.	155,2±3,1 149,1±2,0	155,7±3,0 135,4±2,4*
Среднее суточное диастолическое АД, М±m, мм рт.ст.	96,1±3,2 90,2±2,0	95,1±2,1 85,2±3,4*
Среднее суточное пульсовое АД, М±m, мм рт.ст.	59,2±2,5 55,5±2,2	60,9±2,3 51,7±2,3*
Систолический индекс времени	66,0 55,8	67,3 47,2*
Диастолический индекс времени	62,8 56,5	62,6 46,2*

Примечание: в числителе показатели до лечения, в знаменателе – после лечения, * - различия между группами после лечения статистически достоверны.

Как следует из таблицы 1, ИНБГТ как компонент комплексного лечения гипертензивного синдрома способствует дополнительному снижению как дневного, так и ночного давления. Разница между группами больных после лечения составила: для среднего суточного систолического АД - 13,7 мм рт.ст., для среднесуточного диастолического АД - 5,0, для среднего дневного систолического АД - 9,0, для среднего пульсового АД 3,8, систолического индекса времени - 8,6, для диастолического индекса времени - 10,3.

Относительно влияния двух режиме терапии на типы циркадной вариабельности давления крови, следует заметить, что у представителей 1-ой группы на фоне лечения наблюдали увеличение частоты Dipper-типа за счет частичного перераспределения больных из категорий Non dipper и Night - peaker (табл. 2). Во 2-ой группе прирост числа больных в категорию Dipper оказался существеннее сравнительно с 1-ю группой. При этом существенно уменьшился процент Non dipper и Night - peaker типов и даже появился тип Over-dipper. Приведенные данные свидетельствуют о большей антигипертензивной эффективности терапии во 2-ой группе, которая характеризовалась приближением суточных параметров к физиологическим и более интенсивным снижением АД. Следствием этих процессов и стало

появление Over-dipper типа, который указывает на чрезмерное снижение АД в ночные часы. Безусловно, что такая тенденция послужила основанием для снижения вечерней дозы антигипертензивных препаратов и привела к пересмотру общей тактики лечения.

Таблица 2

Типы циркадного колебания АД до и после лечения

Типы циркадного колебания АД	До лечение		После лечения	
	1-а группа (n=47)	2-а группа (n=45)	1-а группа (n=47)	2-а группа (n=45)
Dipper	3(6,4%)	3(6,7%)	9(19,1%)*	15(33,3%)*
Non dipper	31(65,9%)	30(66,7%)	29(61,7%)	23(51,1%)*
Over-dipper	-	-	-	2(4,4%)
Night-peaker	13(27,7%)	12(26,7%)	9(19,1%)*	5(11,1%)*

Примечание: * - различия между группами после лечения статистически достоверны.

Частота достижения целевых цифр АД в конце исследования в 1-ой группе представляла 27,7%, а в 2-й группе - 48,9% соответственно (разница между группами - 21,2%).

Особенностью современного течения кардиальной коморбидности является как сердечно-сосудистая (сочетание нескольких кардиоваскулярных заболеваний), так и экстракардиальная (сочетание патологии сердца с эндокринными заболеваниями). Мишенью такого сочетания является артерии, как крупного, среднего, так и мелкого калибра. При этом поражение артерий при такой коморбидности целесообразно, по-видимому, рассматривать с позиции одновременно существующей смешанной макро-, и микроангиопатии. При этом каждая нозология привносит свою, специфическую морфологическую, функциональную и клиническую особенность поражения артерий, что делает эту проблему комплексной, ведь к механизмам артериального поражения относятся: эндотелиальная дисфункция, атеросклероз, гипертензивная гипертрофия меди, жесткость стенки и пр.

Основным механизмом воздействия чередующихся эпизодов гипоксии-нормоксии является своеобразная тренировка, следствием которой является активация синтеза/высвобождения эндотелием вазоактивных веществ, в т.ч. оксида азота [2, 21], который преимущественно и обуславливает вазоактивные феномены как на уровне мелких, так и средних и крупных артерий [3, 8-10]. Результатом та-

кой активации и является с одной стороны снижение системного АД, а с другой - улучшение микроциркуляции, что особенно важно при наличии СД или метаболического синдрома [11-16, 18-20].

Применительно к хронической (пожизненной) терапии у такой категории больных, целесообразно отметить, что количество одновременно принимаемых лекарственных средств в обычном режиме лечения составляет от 4 до 10. Сюда относятся как антигипертензивные средства разных классов, так и коронаролитические препараты, антиагреганты, статины, сахароснижающие средства. Дополнительный (помимо медикаментов) вазоактивный эффект, по нашему мнению, будет позитивным как в отношении течения кардиальной/экстракардиальной патологии, так и будет способствовать уменьшению числа принимаемых лекарственных средств, их суточных дозировок/кратности, что в свою очередь приведет к улучшению приверженности к лечению.

Выводы

1. Гипокситерапия как немедикаментозный компонент комплексной антигипертензивной 20-ти дневной терапевтической программы позволяет не только более интенсивно снижать АД и увеличивать частоту достижения целевых цифр давления (на 21,4% больше), но и пересмотреть дозировки/кратность лекарственных средств в сторону их уменьшения.

2. В перспективе целесообразна разработка методики проведения сеансов ИНБГТ с учетом возможностей ее длительного использования в поддерживающих режимах в комплексе антигипертензивной/антиангинальной терапии.

3. В будущем у этой же категории пациентов планируется оценить эффективность длительного применения ИНБГТ, ее влияние на приверженность к лечению и качество жизни.

Литература

1. *Актуальные вопросы антигипертензивной терапии. Рациональный выбор препаратов: ингибиторы АПФ, диуретики, комбинированные препараты / Г.В. Дзяк, А.А. Ханюков, Ю.П. Лялька, Ю.В. Писаревская // Укр. мед. часопис. – 2009. – № 1. – С. 17-25.*

2. *Вентиляция легких и легочный газообмен у больных пожилого возраста с ХОЗЛ: влияние гипоксических тренировок / Э.О. Асанов, И.А. Дыба, Е.Д. Осьмак, Л.Г. Полягушко // Український пульмонологічний журнал. – 2016. – № 3. – С. 35-38.*

3. Влияние интервальных нормобарических гипоксических тренировок на скорость распространения пульсовой волны при гипертонической болезни / Н.И. Максимов, С.А. Помосов // *Пермский медицинский журнал*. - 2012. - Т. XXIX, № 6. - С.12-19.
4. Дзяк Г.В. Суточное мониторирование артериального давления / Г.В. Дзяк, Т.В. Клесник, Ю.Н. Погорецкий. - Днепропетровск, 2005. - 200 с.
5. Дядык А.И. Сердечно-сосудистые заболевания у пожилых / А.И. Дядык, А.Э. Багрий. - Киев: ООО Люди в белом, 2013. - 170 с.
6. Карпов Ю.А. Европейские рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертонии 2013 г.: новый целевой уровень артериального давления и как его достичь в реальной практике / Ю.А. Карпов // *Атмосфера. Новости кардиологии*. - 2013. - №3. - С. 2-8.
7. Реабилитация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / под ред. И.Н. Макаровой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с.
8. Adaptation to interval hypoxia-hyperoxia improves exercise tolerance in professional athletes: experimental substantiation and applied approbation / Y. Arkhipenko, I. Vdovina, N. Kostina, T. Sazontova // *European Scientific Journal*. - 2014. - Vol.10, № 18. - P.135-153.
9. Intermittent hypoxia: cause of or therapy for systemic hypertension? // L. Panina, Y. Petrushyn, S Kovalchuk, O. Mysakovets // *Universitatis Mariae Curie-Skladowska*. - 2009. - S. DDD. - VOL. XXII, N3. - P. 13-18.
10. Normoxic and hypoxic performance following 4 Weeks of normobaric hypoxic training / J. Cholewa, R. Rocznio, T. Debevec, M. Amon [et al.] // *Space and environmental medicine*. - 2010. - Vol. 81, № 4. - P. 387-393.
11. Effects of interval hypoxia on exercise tolerance: special focus on patients with CAD or COPD / M. Burtscher, H. Gatterer, C. Szubski [et al.] // *Sleep Breath*. - 2009. - Vol. 3. - P. 11-17.
12. Effect of normobaric hypoxia on cardiorespiratory and metabolic risk markers in healthy subjects / B. Shi, T. Watanabe, S. S. Tamotsu, Y. Toshio Matsuoka // *Advances in Bioscience and Biotechnology*. - 2013. - Vol. 4. - P. 340-345.
13. Endothelium-dependent contractions and endothelial dysfunction in human hypertension / D. Versari, E. Daghini, A. Viridis [et al.] // *British Journal of Pharmacology*. - 2009. - Vol. 157. - P. 527-536.
14. Hypobaric and normobaric hypoxia training in aircrew: a comparative study / A. Kumar, D. Dey, R. Kochhar, D. K. Dubey // *Ind. J. Aerospace Med.* - 2013. - Vol. 57(1). - P.28-36.
15. Hypoxic training and team sports: a challenge to traditional methods? / G. P Millet, R. Faiss, F. Brocherie, O. Girard // *Br. J. Sports Med.* - 2013. - Vol. 47, Suppl. 1. - 133-135.
16. Pupiš M. The influence of intermittent hypoxic training on the body of an

endurance athlete / M. Pupiš, I. Čillík // *Physical Education and Sport*. – 2008. – Vol. 6, № 1. – P. 11-20.

17. Tang E. Endothelial dysfunction: a strategic target in the treatment of hypertension? / E. Tang, P. M. Vanhoutte // *Eur. J. Physiol.* – 2010. – Vol. 14. – P.18-20.

18. Time course of cardiovascular and hematological responses in rats exposed to chronic intermittent hypobaric hypoxia / P. Siques, J. Brito, F. Leon-Velarde, L. Barrios [et al.] // *High Alt. Med. Biol.* – 2006. – Vol. 7. – P. 72-80.

19. The effects of intermittent hypoxic training on aerobic capacity and endurance performance in cyclists / M. Czuba, Z. Waskiewicz, A. Zajac, S. Poprzecki // *Journal of Sports Science and Medicine*. – 2011. – Vol. 10. – P. 175-183.

20. Respiratory and cardiovascular adaptations to progressive hypoxia. Effect of interval hypoxic training / L. Bernardi, C. Passino, Z. Serebrovskaya [et al.] // *European Heart Journal*. – 2001. – Vol. 22. – P. 879-886.

21. Role of nitric oxide in cardiovascular adaptation to intermittent hypoxia / E. B. Manukhina, H. Fred Downey, R. T. Mallet // *Experimental Biology and Medicine*. – 2009. – Vol. 3. – P. 133-135.

22. Usefulness of combining intermittent hypoxia and physical exercise in the treatment of obesity / A. Urdampilleta, P. González-Muniesa, M.P. Portillo, J.A. Martínez // *J. Physiol. Biochem.* – 2011. – Vol.3. – P.18-21.

23. Use the oxygen for recovery in hypoxia awareness training what is optimal? / O. Bassovitch, R. Westerman // *J. Aust. Soc. Aerospace Med.* – 2013. – Vol. 8. – P. 20-21.

Резюме

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Дзюбан А.С. Динамика циркадного колебания артериального давления у молодых гипертензивных больных стабильной стенокардией с сахарным диабетом 2-го типа.

Цель исследования заключалась в анализе влияния лечения с использованием сеансов интервальной нормобарической гипокситерапии на циркадные колебания артериального давления у молодых гипертензивных больных стабильной стенокардией с сахарным диабетом 2-го типа. В исследование включено 92 молодых гипертензивных пациента со стабильной стенокардией и сахарным диабетом 2-го типа в возрасте от 42 до 52 лет (средний возраст 47,2±1,5 лет). Первая группа (47 больных) после рандомизации получала стандартную медикаментозную терапию. Второй группе (45 пациентов) кроме аналогичного лечения проводили ежедневные сеансы гипокситерапии. Гипокситерапия как немедикаментозный компонент комплексной антигипертензивной 20-ти дневной терапевтической программы позволяет не только более интенсивно снизить параметры артериального давления, приблизить некоторые параметры к физиологическим и пересмотреть дозировки/кратность лекарственных средств в сторону уменьшения, но и на 21,4% достичь большего процента достижения целевых цифр давления.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, циркадная вариабельность артериального давления.

Резюме

Игнатенко Г.А., Мухін І.В., Дзюбан А.С. Динаміка циркадного коливання артеріального тиску у молодих гіпертензивних хворих стабільною стенокардією з цукровим діабетом 2-го типу.

Мета дослідження полягала в аналізі впливу лікування з використанням сеансів інтервального нормобарической гипокситерапии на циркадні коливання артеріального тиску у молодих гіпертензивних хворих стабільною стенокардією з цукровим діабетом 2-го типу. У дослідження включено 92 молодих гіпертензивних пацієнта зі стабільною стенокардією і цукровим діабетом 2-го типу у віці від 42 до 52 років (середній вік $47,2 \pm 1,5$ років). Перша група (47 хворих) після рандомізації отримувала стандартну медикаментозну терапію. Другій групі (45 пацієнтів) крім аналогічного лікування проводили щоденні сеанси гипокситерапии. Гіпокситерапія як немедикаментозний компонент комплексної антигіпертензивної 20-ти денний терапевтичної програми дозволяє не тільки більш інтенсивно знизити параметри артеріального тиску, наблизити деякі параметри до фізіологічних і переглянути дозування / кратність лікарських засобів в сторону зменшення, а й на 21,4% досягти більшого відсотка досягнення цільових цифр тиску.

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, добова варіабельність артеріального тиску.

Summary

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Dzuban A.S. Dynamics of circadian blood pressure profile in hypertensive patients with stable angina with 2-d type diabetes mellitus.

The purpose of the study was analysis influence the treatment with sessions interval normobaric hypoxytherapy on circadian blood pressure profile in hypertensive patients on yang hypertensive patient with stable angina and diabetes mellitus. In investigation include 92 yang hypertensive patients with stable angina and diabetes mellitus in 42-52 yeas old ($47,2 \pm 1,5$ age). In 1-d group include 47 patients who have medicament treatment only. Second group consist 45 patients who have medicament treatment and sessions interval normobaric hypoxytherapy. 20 days of interval normobaric hypoxytherapy was more effective than standard medicament. Offered method for treatment more increase arterial pressure, promote normalization arterial pressure parameters and on 21.4% bigger to reach optimal present of aim figure pressure.

Key words: hypertension, coronary heart disease, circadian variation of blood pressure.

Рецензент: проф., д.мед.н. Л.Н. Иванова

**ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ
СЕМЕЙНОГО ВРАЧА****Е.А. Коробкова***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

Стремительный темп современной городской жизни, практически лишённой умиротворённости, спокойствия и отдыха, нередко накладывает негативный отпечаток на женское репродуктивное здоровье – чрезмерные стрессовые нагрузки часто становятся причиной менструальной дисфункции.

Менструальная дисфункция, являя собой следствие дезадаптивных стресс-зависимых реакций, сама становится сильным стрессом для организма, негативно сказываясь на психическом и вегетативном статусе женщины и замыкая порочный круг усугубляющейся дезадаптации. Результат вполне ожидаем – высокий риск соматизации стресса и патологических состояний как внутри, так и за пределами репродуктивной системы.

В этой связи необходимо тесное сотрудничество прогрессивного семейного врача и гинеколога. Они располагают возможностью не только корригировать менструальные дисфункции, но и подстраивать психовегетативный статус пациентки. В задачи семейного врача должны входить: динамическое наблюдение и контроль за необходимым лечением, консультативная помощь в вопросах планирования семьи и в медико-сексуальных аспектах семейной жизни, санитарно-просветительная работа среди населения.

Культура заботы о женском репродуктивном здоровье ещё только начинает формироваться. Сегодня она всё ещё остаётся на низком уровне по ряду причин, в том числе и потому, что женщины нерегулярно посещают гинеколога. В России выявлена следующая показательная тенденция: 29% женщин репродуктивного возраста проходят профилактические осмотры у гинеколога так, как это рекомендуют специалисты. При этом 14% женщин идут к врачу только в случае возникновения проблемы со здоровьем, 40% ждут несколько дней, не пройдут ли тревожные симптомы сами, а 26% готовы терпеть достаточно долго, пока ситуация серьёзно не ухуд-

шиться [4]. Нужно не забывать о важности профилактического осмотра, на котором врач не только может выявить те или иные заболевания репродуктивной системы, но и дать грамотные рекомендации по их профилактике, по контрацепции или подготовке к беременности, по коррекции питания и образа жизни. Нужно изменить эту ситуацию к лучшему, ведь в конечном итоге женское здоровье – это показатель благополучного будущего страны [3, 5].

«Буря в стакане воды» - это состояние знакомо многим женщинам. Почти все в той или иной степени ежемесячно сталкиваются с ухудшением самочувствия за 2-10 дней до начала менструации. Предменструальный и климактерический синдромы – наиболее типичные проявления гормональной дисфункции в организме женщины. Частота их встречаемости неуклонно растёт, существенно снижая качество жизни женщины. Сегодня эти состояния называют «болезнями цивилизации». Как показывают многочисленные исследования, женщины с предменструальным синдромом впоследствии чаще страдают климактерическим синдромом и тяжелее его переносят. Переходя из одного периода жизни в другой, женщина «тянет» за собой старую проблему и тут же приобретает новую. Всё это происходит из-за неотрегулированного вовремя гормонального равновесия. Его нужно восстанавливать ещё в раннем репродуктивном возрасте.

Предменструальный синдром (ПМС) – это сложный патологический симптомокомплекс, возникающий перед менструацией и проявляющийся нервно-психическими, вегетативными, сосудистыми, обменно-эндокринными нарушениями. Частота его меняется в разных возрастных группах и составляет в среднем: в возрасте 18-29 лет – 20% женщин, после 30 лет – 47%, после 40 лет – до 55% [3,4,5]. Причём около 17% женщин имеют выраженные проявления ПМС.

Описано более 100 симптомов ПМС, но наиболее характерными являются: повышенная утомляемость, нагрубание и болезненность молочных желёз, изменение аппетита, вздутие живота, отёчность конечностей, боли в области сердца, таза, в спине, зуд кожи, повышение температуры тела и другие. Частыми проявлениями ПМС являются предменструальные дисфорические нарушения, характеризующиеся заметным угнетением настроения, выраженной раздражительностью, лабильностью нервной системы, снижением работоспособности в течение лютеиновой фазы цикла.

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов, выделяют четыре клинические формы ПМС:

- Психовегетативная форма характеризуется преобладанием таких симптомов, как раздражительность, депрессия, слабость, плаксивость, агрессивность;

- Отёчная форма отличается преобладанием таких симптомов, как нагрубание и болезненность молочных желез, отёчность лица, нижних конечностей, пальцев рук, вздутие живота, зуд кожи, потливость. Вес тела может увеличиваться до 5 кг за 5-10 дней до менструации;

- Цефалгическая форма характеризуется преобладанием головной боли, раздражительности, тошноты, рвоты, повышенной чувствительности к запахам и звукам, головокружение;

- Кризовая форма сопровождается кризами, которые начинаются с повышения артериального давления, чувства сдавленности за грудиной и появления страха смерти. Холодеют и немеют конечности, учащается сердцебиение, ЭКГ при этом не меняется. Кризы заканчиваются обильным мочеотделением.

Также выделяют атипичные формы ПМС: аллергические реакции, вплоть до отёка Квинке, приступы бронхиальной астмы, некротимая рвота, летаргический сон в лютеиновой фазе менструального цикла, язвенный стоматит и др.

При ПМС появляются межличностные проблемы, увеличивается количество конфликтных ситуаций в семье, на работе, с друзьями. Нередко снижается самооценка, повышается обидчивость, учащаются разводы, увольнения, аварии при вождении транспорта.

Механизмы развития ПМС до настоящего времени окончательно не выяснены, хотя для объяснения этиологии ПМС за почти столетнюю историю изучения были предложены различные теории. Возникновение ПМС связывают с гормональными нарушениями, недостатком витаминов, нарушением секреции нейротрансмиттеров, простагландинов, воздействием психосоциальных факторов и др. ПМС может возникнуть после родов, абортов, инфекционных заболеваний, стрессовых ситуаций, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов ЖКТ; чаще наблюдается у женщин умственного труда [1,4].

Современные данные свидетельствуют о том, что вероятными причинами возникновения ПМС могут являться:

- неправильная регуляция системы эндогенных опиоидных пептидов (ЭОП), при этом их воздействия проявляются следующим образом:

В течение нормальной лютеиновой фазы циклическая активность опиоидов меняется под действием прогестерона; усиленное или слишком слабое его воздействие может стать пусковым механизмом развития психоэндокринных проявлений ПМС.

Повышение активности ЭОП в середине лютеиновой фазы:

- стимулирует аппетит (возникают эпизоды переедания);
- ингибируют работу системы биогенных аминов, уменьшается норадреналиновая активность, возникают симптомы усталости и депрессии.

Резкое и преждевременное прекращение воздействий ЭОП может привести к повышению активности норадренергических влияний, возникают симптомы раздражительности, беспокойства, агрессивности [1, 2].

ЭОП замедляют секрецию жидкости в кишечнике (ингибирующее влияние на действие простагландина Е), снижают сократительную активность толстого кишечника, возникают запоры и метеоризм. ЭОП увеличивают уровень пролактина и вазопрессина, возникает нагрубание молочных желез, задержка жидкости, запоры, метеоризм. Недостаточное поступление с пищей полиненасыщенных жирных кислот, микроэлементов (магния, цинка) и витаминов (особенно С и В) ведёт к нарушению синтеза защитных простагландинов Е.

Действие простагландинов:

- нарушение их синтеза в мозге, молочных железах, желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), почках и в репродуктивной системе может способствовать развитию таких симптомов, как раздражительность, депрессия, нервозность, масталгия, боли внизу живота, метеоризм, повышение температуры тела;

- недостаток простагландина Е может вызвать аффективные расстройства;

- простагландин Е² способствует сокращению интракраниальных и экстракраниальных сосудов. Его влиянием объясняется возникновение мигрени и неврологических проявлений [1].

Влияние эстрогенов:

- эстрогены обладают способностью вызывать задержку натрия, происходит скопление жидкости в межклеточном пространстве, развиваются отёки;

- стимулируют увеличение продукции альдостерона, происходит задержка натрия и жидкости, развиваются отёки.

Стрессы различного генеза. Под влиянием стресса, высокого уровня серотонина и ангиотензина II происходит усиление секреции адренкортикотропного гормона гипофизом, увеличивается продукция альдостерона, происходит задержка натрия и жидкости в межклеточном пространстве, возникают отёки [1].

Изменения секреции прогестерона. Прогестерон обладает выраженным натрий - диуретическим эффектом, обусловленным, в основном, угнетением кальциевой реабсорбции и увеличением клеточной фильтрации. Его недостаток может привести к задержке жидкости в организме и формированию отёков [2,4].

Влияния пролактина:

- пролактин, являясь модулятором действия многих гормонов, способствует натрий - задерживающему эффекту альдостерона и антидиуретическому эффекту вазопрессина;

- возможно, что при ПМС существует повышенная тканевая чувствительность к нормальному уровню пролактина;

- серотонин и эстрогены участвуют в контроле секреции пролактина. Повышение уровня серотонина стимулирует гиперпродукцию пролактина, возникают симпатико-адреналовые кризы [2,3].

Таким образом, ПМС возникает в результате воздействия неблагоприятных факторов у женщин с врождённой или приобретённой неполноценностью гипоталамо-гипофизарной системы и является следствием дисфункции различных отделов центральной нервной системы. Различие форм ПМС объясняется вовлечением в патологический процесс разных структур гипоталамуса, лимбико-ретикулярной системы, разным характером биохимических нарушений в этих областях.

По степени тяжести ПМС делят на легкое и тяжелое течение. Легкое течение: пациентки имеют 3-2 симптома за 2-10 дней до менструации, 1-2 симптома сильно выражены. Тяжелое течение: пациентки имеют 5-13 симптомов за 3-14 дней до менструации, 2-5 симптома сильно выражены.

В определении диагноза ПМС помогают цикличность симптомов заболевания. Для окончательного суждения о соматическом статусе больной необходима консультация терапевта и невропатолога. Из дополнительных методов исследования используют следующие:

- исследование уровня гормонов крови: прогестерон, эстрадиол, пролактин, при необходимости АКТГ, ДГАЭС, альдостерон;

- УЗИ молочных желёз или маммография;
- рентген или компьютерная томография турецкого седла.

В связи с многоструктурным патогенезом и большой клинической симптоматикой лечение ПМС должно быть комплексным и направленным на нормализацию функционального состояния гипоталамо – гипофизарно - яичниковой системы.

«Золотым стандартом» в гормональном лечении ПМС следует признать дроспиренон – содержащие контрацептивы. Объяснение преимуществ дроспиренона перед другими современными прогестинами в коррекции психо – эмоционального фона следует искать в сочетании трёх эффектов этого гормона – прогестагенном, антиминералокортикоидном и антиандрогенном. Вкупе они затрагивают основные звенья патогенеза ПМС – подавляют овуляцию, препятствуют задержке натрия и воды в организме, способствуют уравниванию психовегетативного статуса. Оптимальные режимы применения контрацептивов с дроспиреноном: 24 + 4 и гибкий пролонгированный режим (120 + 4). При гиперпролактинемии показаны агонисты дофамина под контролем уровня пролактина в крови.

Фундаментальные и клинические исследования показывают, что дефицит магния и пиридоксина играет важную роль в формировании ПМС и более тяжёлого течения заболевания. Во-первых, обращает на себя внимание родственность характерных для ПМС жалоб, патогномоничных для дефицита магния. Уже этот факт позволяет предположить, что использование препаратов органического магния может быть перспективно в терапии ПМС. Во-вторых, гиперэстрогения способствует усиленному выведению магния из организма.

Обязательно необходимо лечение сопутствующих экстрагенитальных заболеваний. Режим труда и отдыха, диета, особенно в лютеиновой фазе цикла, - ограничение кофе, чая, поваренной соли, жидкости, животных жиров.

Психологическое воздействие – психотерапия, аутогенная тренировка. Электросон или электроаналгезия, массаж общий или воротниковой зоны, бальнеотерапия.

ПМС – «болезнь цивилизации». Понимание тесной связи между стрессовым образом жизни и нестабильностью работы репродуктивной системы позволяет практикующему врачу быстро принимать правильные решения.

Литература

1. Батуев А.С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем / А.С. Батуев. – СПб.: Питер Пресс, 2005. – 317 с.
2. Гормонодиагностика патологии репродуктивной системы: Руководство для врачей / С.В. Зяблицев, О.В. Синяченко, Е.А. Бочарова, П.А. Чернобрицев – Донецк: Каштан, 2009. – 376 с.
3. Прилепская В.Н. Предменструальный синдром // В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитинова // Гинекология. – 2005. - № 7(4). – С. 214-219.
4. Прилепская В.Н. Клиническая гинекология: Избранные лекции / под ред. проф. В.Н. Прилепской. – [2-е изд.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 480 с.
5. Сметник В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович. – М.: МИА, 2003. – 420 с.

Резюме

Коробкова Е.А. Предменструальный синдром в практике семейного врача.

В работе представлены главные механизмы возникновения и клинические формы предменструального синдрома. Стресс и дефицит магния - важные факторы этиопатогенеза предменструального синдрома. Комбинированные оральные контрацептивы с дроспиреноном - «золотой стандарт» лечения на фоне препаратов магния.

Ключевые слова: стресс, предменструальный синдром, дроспиренон, магний.

Резюме

Коробкова О.А. Предменструальный синдром у практиці сімейного лікаря.

У роботі представлені головні механізми виникнення та клінічні форми предменструального синдрому. Стрес та дефіцит магнію – важливі фактори етіопатогенезу предменструального синдрому. Комбіновані оральні контрацептиви з дроспіреноном – «золотий стандарт» лікування на фоні препаратів магнію.

Ключові слова: стресс, предменструальный синдром, дроспиренон, магний.

Summary

Korobkova L.A. Premenstrual syndrome in the practice of the family doctor.

The paper presents basic mechanisms of occurrence and clinical forms premenstrual syndrome. Stress and magnesium deficiency is an important factor in the etiopathogenesis of premenstrual syndrome. The combin oral contraceptions with drospirenon – «gold standart» of care against the background of magnesium drugs.

Key words: stress, premenstrual syndrome, drospirenon, magnesium.

Рецензент: проф., д.мед.н. В.В. Симрок

ДИНАМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА В НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**А.А. Лебеденко, Т.Д. Тараканова, Т.Б. Козырева,
А.М. Левчин, Е.В. Носова**

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования Ростовский государственный медицинский универ-
ситет Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Ростов-на-Дону)*

Введение

В последнее время значительное внимание уделяется транзиторной ишемии миокарда (ТИМ), которая является вариантом постгипоксического синдрома дезадаптации сердечно-сосудистой системы (СД ССС) в раннем неонатальном периоде [2,3]. Важность проблемы обусловлена существенной распространенностью СД ССС, которая по данным разных авторов варьирует от 32 до 70% у детей с гипоксией, высокой вероятностью формирования стойких структурных изменений миокарда, нарушений сердечного ритма и проводимости, риском развития синдрома внезапной смерти. ТИМ определяется сложным комплексом функциональных, метаболических и гемодинамических нарушений, однако к основным патогенетическим механизмам развития клинически значимой ишемии миокарда относят повышение активности кардиоспецифических ферментов, ухудшение энергетического обмена с резким снижением образования макроэргических соединений в кардиомиоцитах, пейсмекерных клетках, гиперкатехоламинемии, ухудшение реологических свойств крови [4,5,12,13]. Изучению функции сократимости при СД ССС посвящено достаточное количество работ [6,7]. Однако известно, что диастолическая дисфункция миокарда нередко предшествует систолической, являясь доклиническим маркером сердечной недостаточности. Вопросам оценки нарушений процесса релаксации миокарда у детей с поражением кардиальных структур в условиях перенесенной гипоксии посвящены единичные исследования [1,2].

Цель работы – изучение динамики клинических, электрокардиографических и эхокардиографических параметров на протяжении первого года жизни, у детей с разным сроком гестации, имеющих в анамнезе транзиторную ишемию миокарда.

Материалы и методы исследования

Обследовано 46 детей с ТИМ гипоксического генеза, из которых сформировали 2 основные группы. В первую вошли 22 недоношенных новорожденных со сроком гестации 32-37 недель, вторую группу составили 24 доношенных ребенка с гестационным возрастом 38-40 недель. В контрольную группу были включены 20 здоровых новорожденных, родившихся физиологическим путем при сроке гестации 38-40 недель, массой более 2500 г. Диагноз ТИМ был поставлен в соответствии с общепринятыми критериями [4,5].

Критерии исключения: дети с врожденными аномалиями сердца, генетическими и хромосомными синдромами, острыми заболеваниями с вовлечением в процесс ССС в течение периода наблюдения.

Анализировали клинические симптомы и данные инструментального обследования, проведенного в раннем неонатальном периоде (3-5 сутки), повторно в динамике на втором месяце жизни (32 - 43 дня) и в 12-14 месяцев. Регистрировали ЭКГ в 12-и стандартных отведениях, УЗИ сердца на аппарате VIVID-3, датчиком 5-7 МГц с использованием стандартных методик в одно-, двумерном режимах и доплерометрии в ИВ и ЦДК режимах. Проводили оценку планиметрических параметров сердца: ЛП - передне-задний размер левого предсердия; КДР, КСР - конечный диастолический и систолический размеры левого желудочка; ПЖ - приточный размер правого желудочка; ПП - передне-задний размер правого предсердия, Ао - диаметр корня аорты; Тмжп, Тзс - толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолу; ЛА - ствол легочной артерии. Состояние систолической функции ЛЖ оценивали по величинам ударного, минутного объемов крови (УО, МО), фракциям выброса и укорочения (ФВ, ФУ); сердечному индексу (СИ). Оценка диастолической функции левого желудочка производилась при частоте синусового ритма, позволяющей идентифицировать два пика движения клапанных створок митрального клапана. Оценивали скоростные и временные параметры трансмитрального кровотока в режиме импульсно-волновой доплерометрии: максимальную скорость раннего диастолического

наполнения желудочка ($V_{\max.E}$), максимальную скорость кровотока в систолу предсердия ($V_{\max.A}$), соотношение данных скоростей (E/A), время замедления раннего диастолического наполнения (DT), время изоволюметрического расслабления (IVRT),

Статистическую обработку результатов проводили методом вариационного анализа с использованием t-критерия Стьюдента и непараметрическим методом Манна-Уитни. Различия между двумя выборками считали достоверными при $p < 0,05$. При $p > 0,1$ различия считали недостоверными.

Полученные результаты и их обсуждение

По данным анамнеза выявили, что средний возраст матерей обследованных детей в контрольной группе составил $24 \pm 4,4$ года, в группах новорожденных имеющих ТИМ - $25 \pm 7,2$ год. В первой группе 22% матерей были моложе 18 лет и старше 30 лет. Неблагоприятные факторы риска антенатального периода у матерей пациентов 1 и 2 групп представлены следующим образом: анемия - 18 случаев (39,1%), гестозы - 17 (38,6%) угроза прерывания беременности - 19 (41,3%), инфекции (ОРВИ, колыпит, пиелонефрит) - 15 (32,6%), ожирение 2-3 степени - 11 (23,9%), венозная недостаточность - 8 (17,4%), артериальная гипо- и гипертензия выявлена у 16 матерей (35,5%). Вредные привычки у матерей отмечены в 14 случаях (30,4%). Отягощенный наследственный анамнез по патологии ССС констатировали у 19 матерей (41,3%). Хроническая гипоксия плода отмечалась у 12 детей из первой группы и у 11 из второй (54,5% и 45,8% соответственно). В асфиксии средней тяжести родилось 24 новорожденных (52%), тяжелой - 10 детей (21,7%). Синдром дыхательных расстройств I - II степени отмечался у 14 детей (30,4%). Анализ клинических проявлений ТИМ показал, что в раннем неонатальном периоде они были однотипны, но отличались большей степенью выраженности у детей первой группы. При кормлении, крике, плаче отмечались внезапные приступы беспокойства с преходящими нарушениями периферического кровотока 1-11 степени в виде бледности, акроцианоза, «мраморности» кожных покровов, похолодания конечностей. Наряду с этим отметили тахипноэ в 18 случаях (39,1%), снижение звучности 1-го тона и акцентуацию 2 тона сердца над легочной артерией у 24 детей (52,2%). Расширение границ относительной сердечной тупости влево достоверно чаще констатировали у детей первой группы по сравнению со второй: 14 и 7 детей (63,6%, 29,2% соответственно, $p < 0,05$).

По данным анализа ЭКГ установили, что значения ЧСС у детей контрольной и второй групп ($148,8 \pm 9,0$; $151 \pm 7,2$ уд. /мин. соответственно) достоверно выше, чем у недоношенных с ТИМ ($123,5 \pm 3,9$ - $p < 0,05$). При повторных исследованиях выявленная разница нивелировалась. Важным на наш взгляд является факт, что независимо от ЧСС в основных группах длительность корригированного интервала Q-T превышало норму. Анализируя направление электрической оси сердца выявили, что у всех детей контрольной группы регистрируется правограмма в диапазоне угла альфа от $+112^\circ$ до $+126\%$. Достоверные отличия между группами (8 недоношенных и 11 доношенных новорожденных, $p < 0,05$), определили в отношении ЭКГ- признаков систолической перегрузки левого желудочка: отсутствие физиологической правограммы (величина угла α распределялась в пределах от $+82$ до $+91^\circ$), увеличение амплитуды зубца R в отведениях aVL, V5-6 с дискордантным зубцом T. Изменения процесса реполяризации также достоверно чаще встречались у пациентов первой группы в сравнении со второй (15 и 9 детей; $68,1\%$ и $37,5\%$ соответственно; $p < 0,05$). Отметим снижение амплитуды или интерверсию зубцов T в левых прекардиальных отведениях, изменение положения сегмента ST в двух и более грудных отведений. Достоверные различия в группах выявлены в отношении полиморфных нарушений ритма (таблице 1). Так, частота встречаемости номотопных (синусовая тахи-, брадиаритмия), гетеротопных (экстрасистолия, миграция водителя ритма) нарушений функции автоматизма в 1-ой группе варьировала в пределах 50-67%, во второй - от 30 до 40%, в контрольной группе не превышала 20%. У 5 детей (22,7%) первой группы фиксированы приступы суправентрикулярных пароксизмов. Обследование, проведенное в динамике через 1-1,5 месяца показало, что несмотря на положительную динамику, отдельные клинические проявления ТИМ сохранялись у 7 детей из первой и у 5 пациентов второй группы, что составило 31,8 и 20% соответственно. ЭКГ-признаки ишемии миокарда были более стабильными в группе недоношенных детей, где нормализация функции синусового узла выявлена лишь у 9 (41%) детей. Нарушения реполяризации сохранялись в 8 (36,4%) случаях в первой группе и в 6 (25%) случаях во второй группе (табл.1). Обследование, проведенное в динамике в 12-14 месяцев жизни показало стабильность отдельных

реполяризационных изменений у 5(22,7%) детей из первой группы и 3-х детей (12,5%) из второй группы, которые в двух случаях сочетались с нарушением ритма.

Таблица 1

Динамика ЭКГ-изменений у обследованных новорожденных с ТИМ (абс./%)

Характер ЭКГ-изменений	Контрольная группа (n = 20)		1 группа (n = 22)		2 группа (n = 24)	
	1-е облсл	2-е облсл	1-е облсл	2-е облсл	1-е облсл	2-е облсл
Изменения конечной части желудочкового комплекса: снижение, инверсия зубца Т, изменение позиции ST	1/15	-	15/68*	8/36,4	9/37,5*,**	6/25
Синусовая тахикардия/аритмия	5/25	4/20	12/55*	9/41	7/29*,**	5/20,8
Синусовая брадикардия/ аритмия	-	-	6/27*	2/9	4/16,7*	1\4,2
Миграция водителя ритма, предсердный ритм	-	-	6/27*	3\14	2/8,3*,**	2\8,3
Экстрасистолия, суправентрикулярная тахикардия	-	-	5/23*	1\4,5	2/8,3*,**	-
Экстрасистолия вентрикулярная	-	-	1/4,5	-	-	-
AV блокада I степени	-	-	3/14*	2\9	1\4,2	-
Блокада ПНПГ	8/40	7/35	7/31	7\31	6/25	6/25
Блокада ЛНПГ	-	-	1/4,5	1\4,5	-	-
ЭКГ признаки перегрузки ЛЖ	-	-	5/23*	3\14	2/8,3*,**	-
ЭКГ признаки перегрузки ПП	-	-	5/23*	4\18,2	3/12,5*	3\12,5

Примечания: * - значимость различий (при $p < 0,05$) по сравнению с группой контроля; ** - по сравнению с первой группой.

При сравнении морфометрических параметров сердца установлены достоверные различия в отношении размеров предсердий, которые у новорожденных 1 и 2-й групп выше в сравнении с пациентами группы контроля. Так, размер ЛП в первой группе

составил $11,24 \pm 1,14$ мм; во второй $-11,32 \pm 1,09$ мм; в контрольной - $8,22 \pm 1,02$; $p < 0,05$. Достоверных отличий в величине других параметров не выявлено. Указанные тенденции сохранялись и при повторном обследовании, что вероятно обусловлено не только функциональным состоянием миокарда, но также структурными особенностями сердца недоношенных и сохранением фетальных коммуникаций на фоне перенесенной гипоксии. По результатам 3-его наблюдения не выявлено достоверных различий в группах в отношении морфометрических параметров.

Оценка параметров систолической функции ЛЖ у детей второй группы не выявила достоверных различий в параметрах в сравнении с группой контроля. В группе недоношенных детей показатели МО, СИ достоверно ниже по сравнению с детьми контрольной группы, как в первом, так и повторном обследовании. Так, если фракция выброса при первом обследовании в контрольной группе составила $77,2 \pm 3,15\%$, то в первой группе только $62,2 \pm 3,15\%$; $p < 0,05$, такая ситуация сохранялась и при повторном обследовании через месяц. В 12-14 месяцев сохранялась выявленная тенденция, не имея достоверных различий в группах. За весь период наблюдения, в пределах одной группы, достоверные однонаправленные изменения отмечались в отношении таких показателей, как ЧСС, МО, УО.

Учитывая особенности функционирования синусового узла на фоне гипоксии и искусственной респираторной поддержки в первые дни жизни детей с СД ССС, мы сочли нецелесообразным определение диастолических параметров для сравнительного анализа на данном этапе. Так, скорость трансмитрального потока в фазы быстрого и медленного пассивного наполнения оказалась достоверно ниже у детей с ТИМ обеих групп по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$) при исследовании в конце неонатального периода и повторно через год наблюдения. Отмеченное снижение показателя скорости потока в фазу активного наполнения систолы предсердий не имело статистических различий в сравнении со здоровыми детьми. Достоверными оказались изменения отношения данных скоростей (Е/А) в группе недоношенных детей в сравнении с контрольной ($p < 0,05$). В отношении периода изоволюметрического расслабления, который, как известно, является энергозависимым выявлены изменения выявлены следующие изменения. Как в первой, так и во второй группе отмечено удлинение

данной фазы диастолы, но достоверно значимым это различие, в сравнении с группой контроля, выявлено только у недоношенных детей при исследовании через месяц после эпизода ТИМ ($44,17 \pm 2,88$ мс. и $57,43 \pm 3,56$ мс; $p < 0,05$). Показатель IVRT у детей первой группы составил $57,43 \pm 3,56$ мс, что достоверно продолжительнее этого показателя в группе контроля ($44,17 \pm 2,88$ мс. $p < 0,05$).

Проведена индивидуальная оценка диастолических параметров, которая позволила определить количество детей в нарушении процесса релаксации в группах. Среди детей 1-ой группы в 7 случаях (31,8%) случаев, а во второй группе в 5 случаях (20,8%) развивалась диастолическая дисфункция 1 типа в виде сохранения высокой скорости кровотока в фазу систолы предсердий по сравнению с фазами диастолического раннего наполнения (А). Такая кардиодинамической ситуации сохранялась и через год у пациентов первой и второй групп в 13,6% и 8,3% случаев соответственно.

Выводы

Таким образом, в ходе динамического наблюдения установлено, что у некоторых детей на протяжении первого года жизни сохраняются последствия перенесенной постгипоксической дисфункции миокарда. По степени выраженности и длительности кардиогемодинамические изменения зависят от гестационного возраста. К наиболее стабильным нарушениям относится комплекс ЭКГ-признаков изменений процесса реполяризации в сочетании с диастолическая дисфункцией 1 типа. Это диктует необходимость диспансерного наблюдения и метаболической коррекции в течение года у детей с ТИМ. Ранняя диагностика и своевременная терапия может стать важнейшим фактором в снижении частоты и тяжести кардиальных последствий в старшем возрасте.

Литература

1. Бойченко А.Д. Типы диастолической дисфункции желудочков сердца у новорожденных в ранний неонатальный период / А.Д. Бойченко, А.В. Сенаторова, М.А. Гончар, И.Ю. Кондратова // *Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии*. – 2014. – Т. 5, № 3. – С. 10–16.
2. Гнусаев С.Ф. Сердечно-сосудистые нарушения у новорожденных. Перенесших перинатальную гипоксию. / С.Ф. Гнусаев, А.Н. Шибяев, О.Б. Федерякина // *Педиатрия*. – 2006. – № 1. – С. 89-95.
3. Крючко Д.С. Транзиторная ишемия миокарда у новорожденных с респираторной патологией / Д.С. Крючко [и др.] // *Вопросы практической педиатрии*. 2008. – Т. 3, №5. – С. 92-96.

4. Прахов А.В. Неонатальная кардиология / А.В. Прахов. - Н. Новгород: Издательство Нижегородской госмедакадемии, 2008. - 388 с.
5. Симонова Л.В. Постгипоксическая дизадаптация сердечно-сосудистой системы у новорожденных детей / Л.В. Симонова, Н.П. Котлукова, Н.В. Гайдукова [и др.] // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. - 2001. - № 2. - С. 8-12.
6. Тараканова Т.Д. ЭКГ- параметры и состояние гемодинамики у недоношенных новорожденных с различным сроком гестации / Т.Д. Тараканова, Т.Б. Козырева // *Фундаментальные исследования*. - 2012. - № 8. - С. 435-439.
7. Тараканова Т.Д. Клинико-анамнестические особенности и состояние внутрисердечной гемодинамики у новорождённых с синдромом дизадаптации ССС. / Т.Д. Тараканова, Т.Б. Козырева, М.С. Касьян // *Медицинский вестник Юга России*. - 2011. - № 3. - С. 65-67.
8. Тарасова А.А. Ультразвуковая оценка морфофункционального состояния сердца у недоношенных детей в течение первого года жизни / А.А. Тарасова, М.Н. Филошкина, М.С. Ефимов, Ж.Л. Чабайдзе // *Вестник РНЦПР*. 2013. - Т. 3, № 13.
9. Черкасов Н.С. Особенности патологии сердца у новорожденных и детей раннего возраста / Н.С. Черкасов. - Астрахань, 2003. - 212 с.
10. Школьникова М.А. Тахикардии у детей первого года жизни / М.А. Школьникова, Л.А. Кравцова, В.В. Березницкая // *Педиатрия*. - 2012. - № 91 (3). - С. 90-99.
11. Different functional cardiac characteristics observed in term/preterm neonates by echocardiography and tissue doppler imaging / M.M. Ciccone, P. Scicchitano, A. Zito [et al.] // *Early Human Development*. - 2011. - Vol. 87, № 8. - P. 555-558.
12. Echocardiographic assessment of ductal significance: retrospective comparison of two methods / M. Condò, N. Evans, R. Bellù [et al.] // *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*. - 2012. - Vol. 97, № 1. - P. 35-38.
13. Serial electrocardiographic changes in term neonates with high oxygen requirements / Jedeikin R., Primhak A., Shenan A.T. [et al.] // *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal. Ed.* - 1998. - Vol. 78. - P. 105-108.

Резюме

Лебеденко А.А., Тараканова Т.Д., Козырева Т.Б., Левчин А.М., Носова Е.В. Динамические изменения параметров сердца при транзиторной ишемии миокарда в неонатальном периоде у детей раннего возраста.

Обследовано 46 детей 22 недоношенных и 24 доношенных новорожденных с постгипоксической дисфункцией миокарда. Пролесжена динамика клинических, ЭКГ- и эхокардиографических показателей на протяжении первого

года жизни. Установлено, что к наиболее стабильным кардиальным нарушениям относится комплекс ЭКГ- признаков изменений процесса реполяризации в сочетании с диастолическая дисфункцией 1 типа, выраженность которых зависит гестационного возраста.

Ключевые слова: новорожденные, сердечно-сосудистая система, транзиторная ишемия миокарда.

Резюме

Лебеденко А.А., Тараканова Т.Д., Козирева Т.Б., Левчин А.М., Носова О.В. *Динамічні зміни параметрів серця при транзиторній ішемії міокарда в неонатальному періоді у дітей раннього віку.*

Обстежено 46 дітей 22 недоношених і 24 доношених новонароджених з постгіпоксичної дисфункцією міокарда. Простежено динаміку клінічних, ЕКГ і ехокардіографічних показників протягом першого року життя. Встановлено, що до найбільш стабільним кардіальним порушень належить комплекс ЕКГ ознак змін процесу реполяризації в поєднанні з диастолическою дисфункцією 1 типу, вираженість яких залежить гестаційного віку.

Ключові слова: новонароджені, серцево-судинна система, транзиторна ішемія міокарда.

Summary

Lebedenko A.A., Tarakanova T.D., Kozyreva T.B., Levchin A.M., Nosova E.V. *Dynamic change of cardiac parameters during transient myocardial ischemia in the neonatal period in infants.*

The total of 46 children 22 preterm and 24 term infants with posthypoxic myocardial dysfunction. The dynamics of clinical, ECG, and echocardiographic parameters during the first year of life. It was found that the most stable complex cardiac disorders include ECG signs of changes in the repolarization process, combined with diastolic dysfunction type 1, the severity of which depends on gestational age.

Key words: newborns, cardiovascular system, transitory myocardial ischemia.

Рецензент: проф., д.мед.н. Т.А. Сиротченко

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОПИСАНИЯ ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХООБСТРУКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ф.Т. Малыхин, А.Я. Тумоян, В.С. Можар

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ставропольский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (Ставрополь)

Введение

Одышкой называют субъективное ощущение человеком дискомфорта в акте дыхания с дыхательными ощущениями у разных больных с различными нозологическими формами [1]. Одышка чаще всего является клиническим проявлением таких тяжелых заболеваний и синдромов, в том числе пульмонологических, как бронхиальная астма (БА), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и хроническая сердечная недостаточность, а также наиболее частой жалобой пульмонологических больных на приеме у врача [2]. Одышка - это весьма распространенное и изнуряющее проявление заболеваний у пациентов, обратившихся за медицинской помощью [3, 4]. У пациентов с ХОБЛ и бронхиальной астмой (заболеваний, являющихся причинами наиболее значимых экономических потерь при пульмонологической патологии) одышка зачастую может иметь прогрессирующий характер [5]. По мере нарастания одышки снижается и физическая активность больных. «Язык одышки» или же словесное описание одышки, позволяет дать более точную клиническую интерпретацию нарушениям дыхания, особенно в условиях отсутствия возможности проведения спирографии (отсутствие необходимого для этого прибора, ночное время суток, выходной или праздничный день) [3, 6, 7].

Цель: выявить и изучить особенности субъективных ощущений измененного дыхания у больных с хронической обструктивной болезнью легких и бронхиальной астмой, а также определить эмоциональный статус больных с бронхообструктивной патологией с целью выявления у них тревожности и депрессии.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 100 стационарных больных с бронхообструктивными заболеваниями. В группы исследований вошли пациенты с жалобами на приступы удушья, продуктивный кашель, дистантные свистящие хрипы, «заложенность» в грудной клетке, причиной которых выступали раздражающие вещества, потенциальные аллергены, физическая нагрузка.

Для оценки «языка одышки» за основу был взят перечень из 16 описаний одышки, составленный Simon P.M. et al. в 1991 году, переведенный на русский язык [8]. Больных просили выбрать не более трех описаний, наиболее точно соответствующих их дыхательным ощущениям.

Интенсивность одышки при повседневной активности оценивали по шкале MRC, которая имеет градацию от 0 до 4 баллов; кроме того, проводилась оценка больными одышки по шкале Борга. Эмоциональный статус больных оценивали с помощью субъективной шкалы HADS («Госпитальная шкала тревожности и депрессии»), которая предназначена для скринингового выявления тревожности и депрессии у пациентов соматического стационара. Кроме того, проводилась оценка результатов спиррографии.

Полученные результаты и их обсуждение

В ходе исследования пациенты были подразделены на группы по возрасту и по гендерному признаку. Возраст всех больных колебался в пределах от 27 лет до 85 лет включительно, средний возраст $56,3 \pm 2,1$ года. Среди них пациенты с ХОБЛ – 61 человек, возраст от 42 лет до 85 лет включительно, средний возраст $57,4 \pm 1,6$ года, и с БА – 39 человек, возраст от 27 лет до 79 лет включительно, средний возраст $54,3 \pm 0,9$ года.

По гендерному признаку больные распределились следующим образом: мужчин – 51 человек, из них 58,8 % с ХОБЛ, 41,2 % с БА, возраст от 39 лет до 80 лет включительно, средний возраст $55,2 \pm 2,1$ года. Женщин – 49 человек, из них 63,3 % с ХОБЛ, 36,7 % с БА, возраст от 27 лет до 85 лет включительно, средний возраст $49,7 \pm 3,1$ года.

Пациенты с ХОБЛ наиболее часто описывали свою одышку как: «Приходится глубже дышать» - 45,9 %, «Не хватает воздуха, хочется вдохнуть больше» - 39,3 %, «Задыхаюсь» - 39,5 %, «Не могу глубоко вдохнуть» - 32,7 %, «Тяжело дышу» - 29,5 %, «Моя грудь стеснена, сдавлена снаружи» - 29,5 %, «Хватаю воздух ртом» - 21,3 %, «Дышу чаще, чем обычно» - 11,4 %, «Не могу полностью вдохнуть» - 4,9 %.

Пациенты с БА наиболее часто описывали свою одышку как: «Чувствую удушье» - 56,4 %, «Не получается до конца выдохнуть» - 51,2 %, «Задыхаюсь» - 41,5 %, «Тяжело дышу» - 38,6 %, «Не хватает воздуха, хочется вдохнуть больше» - 38,6 %, «Приходится глубже дышать» - 20,5 %, «Приходится прилагать усилие, чтобы дышать» - 20,5 %, «Дышу чаще, чем обычно» - 7,6 %, «Сосредотачиваюсь на дыхании» - 5,1 %.

По интенсивности одышки по шкале MRC пациенты с ХОБЛ оценивают степень своей одышки, проявляющейся при физической нагрузке, следующим образом:

2 (средняя) степень одышки (одышка приводит к более медленной ходьбе больного по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки при ходьбе в своем темпе по ровной поверхности) наблюдалась у 57,7 % пациентов с ХОБЛ;

3 (тяжелая) степень (одышка заставляет больного делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной поверхности) – у 34,3 %;

4 (очень тяжелая) степень (одышка делает невозможным для больного выход за пределы своего дома, или одышка появляется при одевании и раздевании) – у 8,1 %.

Пациенты с БА оценивают степень своей одышки, проявляющейся при физической нагрузке, по шкале MRC следующим образом: 2 (средняя) степень одышки - 69,2 %; 3 (тяжелая) степень - 28,2 %; 4 (очень тяжелая) степень - 2,5 %.

Больные с ХОБЛ оценивают степень своей одышки по шкале Борга: умеренная одышка у 52,4 %; тяжелая у 26,2 %; несколько тяжелая у 21,3 %. Больные с БА оценивают степень своей одышки по шкале Борга: умеренная одышка у 69,2 %; несколько тяжелая у 30,8 %.

Эмоциональный статус больных, оцененный при помощи «Госпитальной шкалы тревожности и депрессии», выявил, что у 63,9 % пациентов с ХОБЛ тревога выражена субклинически, по 18,0 % пациентов «тревога выражена клинически» и «отсутствуют достоверно выраженные симптомы тревоги».

В отношении депрессии: у 54,1 % пациентов с ХОБЛ депрессия выражена субклинически, у 32,8 % больных «отсутствуют достоверно выраженные симптомы депрессии»; у 11,5 % больных депрессия клинически выражена.

В отношении тревоги у больных БА: у 74,4 % пациентов тревога выражена субклинически; у 15,4 % больных отсутствуют достовер-

но выраженные симптомы тревоги; у 10,3 % пациентов клинически выраженная тревога. В отношении депрессии: у 48,7 % больных БА субклинически выражена депрессия. У 43,6 % больных БА отсутствуют достоверно выраженные симптомы депрессии. У 7,7 % больных БА клинически выражена депрессия.

При оценке результатов спирографии выявлено, что среди пациентов с ХОБЛ: 67,2 % больных с резко выраженной бронхиальной обструкцией; 18,0 % со значительно выраженной бронхиальной обструкцией; 14,8 % с выраженной бронхиальной обструкцией и нарушением проходимости мелких бронхов.

Среди пациентов с БА: 64,1 % больных с резко выраженной бронхиальной обструкцией, 23,1 % с выраженной бронхиальной обструкцией и нарушением проходимости мелких бронхов, 12,8 % - со значительно выраженной бронхиальной обструкцией.

Выводы

На основании полученных данных, можно сделать заключение, что характеристики одышки у больных с ХОБЛ и БА имеют различный характер:

1. Качественная характеристика одышки, данная больными, охватывает широкий диапазон дыхательных ощущений и позволяет провести дифференциальную диагностику уже на этапе сбора анамнеза.

2. В соответствии с выбором больными описания одышки из перечня Simon P.M., можно высказать предположение, что описанные пациентами с ХОБЛ ощущения связаны с динамической гиперинфляцией легких и ее негативным влиянием на механику дыхания, а у пациентов с БА - причиной одышки является бронхоконстрикция, возникшая за счет стимуляции сенсорных вагусных рецепторов в легких.

3. Степень выраженности дыхательной недостаточности по шкале MRC у пациентов с ХОБЛ имеет более выраженный характер, чем у больных БА. Эта разница подтверждается результатами спирографии.

4. В результате исследования больных по госпитальной шкале тревожности и депрессии у большей части пациентов с ХОБЛ, в сравнении с больными БА несколько чаще выявлялось психоневрологическое напряжение, связанное с умеренно тяжелой и тяжелой степенью бронхиальной обструкции.

Литература

1. American Thoracic Society Committee on Dyspnea. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea / M.B. Parshall, R.M. Schwartzstein, L. Adams [et al.] // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2012. – Vol. 185(4). – P. 435.
2. Абросимов В.Н. Одышка / В.Н. Абросимов // *Респираторная медицина. Руководство в 2-м. / Под ред. А. Г. Чучалина.* – М.: Гэотар-Медиа, 2007. – Т.1. – С. 407-418.
3. Оценка распространенности респираторных симптомов и возможности скрининга спирометрии в диагностике хронических легочных заболеваний / А.Г. Чучалин, Н.Г. Халтаев, В.Н. Абросимов [и др.] // *Пульмонология.* – 2010. – № 2. – С. 56-61.
4. Знание врачами амбулаторного звена стандартов диагностики и лечения пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Ф.Т. Малыхин, А.П. Байда, Т.А. Андросова [и др.] // *Актуальные вопросы современной медицины и гериатрии: Материалы VII межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа, I межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Республики Крым.* – Ставрополь; **Симферополь: Изд. СтГМУ, 2016.** – С. 181-185.
5. Малыхин Ф.Т. Анализ затрат на медицинскую помощь различным возрастным группам пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / Ф.Т. Малыхин, А.А. Хрипунова, В.А. Батулин // *Актуальные вопросы современной медицины и гериатрии: Материалы VII межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа, I межрегиональной научно-практической гериатрической конференции врачей первичного звена здравоохранения Республики Крым.* – Ставрополь; **Симферополь: Изд. СтГМУ, 2016.** – С. 186-189.
6. Малыхин Ф.Т. Параметры внешнего дыхания у больных пожилого и старческого возраста с хроническим обструктивным бронхитом / Ф.Т. Малыхин, И.В. Барабаш, С.В. Гусев // *Клиническая геронтология.* – 2015. – Т. 21, № 1-2. – С. 13-16.
7. Мартыненко Т.И. Алгоритм первичной дифференциации одышки при легочной и сердечной патологии / Т.И. Мартыненко, О.С. Параева, С.В. Дронов // *Современные проблемы науки и образования.* – 2014. – № 2. [Электронный ресурс]; Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=12680> (дата обращения: 15.11.2016).
8. Distinguishable sensations of breathlessness in normal volunteers / P.M. Simon, R.M. Schwartzstein, J.W. Weiss [et al.] // *Am. Rev. Respir. Dis.* – 1989. – Vol.140. – P.1021-1027.

Резюме

Малыхин Ф.Т., Тумоян А.Я., Можар В.С. *Индивидуальные особенности описания одышки у больных с бронхообструктивной патологией.*

Целью работы явилось выявление и изучение особенностей субъективных ощущений измененного дыхания у больных с хронической бронхообструктивной патологией, а также определение эмоционального статуса больных с целью выявления у них тревожности и депрессии. Проведен анализ характеристик одышки у больных с бронхиальной астмой (БА) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в соответствии с выбором больными описания одышки из перечня Simon P.M. et al., по шкале MRC, шкале Борга, шкале HADS, соответствие их результатам спирографии. Описанные пациентами с ХОБЛ ощущения связаны с динамической гиперинфляцией легких и ее негативным влиянием на механику дыхания, а у пациентов с БА - причиной одышки является бронхоконстрикция, возникающая за счет стимуляции сенсорных вагусных рецепторов в легких.

Ключевые слова: бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, словесное описание одышки

Резюме

Малихін Ф. Т., Тумоян А. Я., Можар В. С. *Індивідуальні особливості опису задишки у хворих з бронхообструктивною патологією.*

Метою роботи є виявлення і вивчення особливостей суб'єктивних відчуттів зміненого дихання у хворих з хронічною бронхообструктивною патологією, а також визначення емоційного статусу хворих з метою виявлення у них тривожності і депресії. Проведено аналіз характеристик задишки у хворих з бронхіальною астмою (БА) і хронічної обструктивної хвороби легень (ХОЗЛ) у відповідності з вибором хворими опису задишки з переліку Simon P. M. et al., за шкалою MRC, шкалою Борга, шкалою HADS, відповідність їх результатами спірографії. Описані пацієнтами з ХОЗЛ відчуття пов'язані з динамічною гіперінфляцією легень та її негативним впливом на механіку дихання, а у пацієнтів з БА - причиною задишки є бронхоконстрикція, що виникла за рахунок стимуляції сенсорних вагусних рецепторів в легенях.

Ключові слова: бронхіальна астма, хронічна обструктивна хвороба легень, словесний опис задишки.

Summary

Malykhin F.T., Tumoyan A.Y., Mozhar V.S. *The individual features of the description of breathlessness in patients with bronchial obstructive pathology.*

The aim of this work was the identification and study of the peculiarities of subjective sensation of altered breathing in patients with chronic broncho-obstructive pathology, as well as the definition of the emotional status of patients to identify their anxiety and depression. The analysis of the characteristics of dyspnea in patients with bronchial asthma (BA) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in accordance with the selection of patients describe shortness of breath from the list of Simon P. M. et al., on a scale MRC scale, Borg scale, HADS, according to the results of spirometry. Described by patients with COPD sensations associated with dynamic lung hyperinflation and its negative impact on the mechanics of breathing and patients with asthma - cause of dyspnea is bronchoconstriction, which arose due to stimulation of vagal sensory receptors in the lungs.

Key words: bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease, a verbal description of shortness of breath.

Рецензент: проф., д.мед.н. Л.Н. Иванова

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У РЕБЕНКА
С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (клинический случай)**

Ю.Г. Пустовой¹, В.В. Баранова¹, О.Ю.Манохина¹,
Г.Н. Роеенко², М.В. Дорда³

¹ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

²ГУ «Луганский республиканский противотуберкулезный диспансер»

³ГУ «Луганская республиканская противотуберкулезная детская больница»

Введение

Масштабы распространения ВИЧ-инфекции и туберкулёза, неуклонный рост числа детей, рождённых матерями с ВИЧ-инфекцией, диктуют необходимость проведения неотложных лечебно-профилактических мероприятий, направленных на борьбу с этими инфекциями [12]. Понижая возможность иммунной системы отвечать на микобактериальную инфекцию, ВИЧ увеличивает чувствительность к туберкулезной инфекции и риск прогрессирования в активную фазу заболевания. Поскольку у лиц с ВИЧ-инфекцией часты атипичные клинические признаки туберкулёза и других инфекций, диагностика туберкулёза у лиц, инфицированных ВИЧ, часто запаздывает [1]. Отличительной чертой в течении туберкулёза у детей раннего и дошкольного возраста, больных ВИЧ-инфекцией, является развитие тяжёлых форм заболевания: генерализации процесса, острых прогрессирующих форм (милиарный туберкулёз с поражением мозговых оболочек, ЦНС и прочих локализаций) с высокой частотой осложнённого течения и летальных исходов [2-4, 5, 9, 10]. Прежде всего, такое течение связано как с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, так и незрелостью иммунной системы [7]. Другим важным моментом в диагностике туберкулёза у ВИЧ – инфицированных лиц является редкое выявление бактериовыделения и деструкции легких [4, 6, 11, 13]. В лимфатических узлах пациентов с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ происходит тотальное или субтотальное казеозное перерождение ткани с потерей структуры органа [2, 5, 7-9].

Нами продемонстрирован **клинический случай** остро прогрессирующего туберкулёза у ребенка на фоне ВИЧ-инфекции, выявленной незадолго до диагностирования туберкулезной инфекции.

Мальчик П., 9 лет находился в контакте с отцом, умершим в 2015 году от мультирезистентного туберкулеза с устойчивостью к основным противотуберкулезным препаратам (изониазид, рифампицин, стрептомицин). Кроме того, отец наблюдался у инфекциониста по поводу ВИЧ-инфекции в течение последних 10-ти лет. При обследовании семьи как контактных по туберкулезу в марте 2016 года у ребенка рентгенологически заподозрено увеличение внутригрудных лимфатических узлов. Для дообследования мальчик был госпитализирован в Луганскую республиканскую детскую противотуберкулезную больницу (ЛРПТДБ) 23.03.2016.

При поступлении жалоб не предъявлял.

Из анамнеза: ребенок из неполноценной семьи, где воспитываются трое детей на иждивении матери. Семья малообеспеченная из группы риска. Данных о раннем развитии нет, но известно, что ребенок рожден в двойне с малым весом и родовой травмой, поэтому БЦЖ-вакцинации в родильном доме не проводилось. Обследование на ВИЧ у мамы и новорожденных, в том числе и пациента П., отрицательны. После снятия противопоказаний ребенок был довакцинирован вакциной БЦЖ в 12 месяцев с формированием поствакцинного рубчика 5 мм. По результатам туберкулинодиагностики – поствакцинный иммунитет не был сформирован и результаты на пробу Манту с 2ТЕ в 2, 3, 4 года были отрицательны. Далее туберкулинодиагностика не проводилась. Из перенесенных заболеваний ОРВИ 3-4 раза в год. Повторно на ВИЧ ребенок не обследовался, у инфекциониста не наблюдался.

При объективном обследовании на момент госпитализации в марте 2016 патологии не выявлено.

Лабораторно: Ан крови клин 25.03.16 Нв 114 г/л, эр. $3,92 \cdot 10^{12}$, ЦП-0,87, лейкоц- $5,6 \cdot 10^9$, СОЭ – 14 мм/ч, п-3%, сегм – 54%, э – 4%, Лимф – 35% Мон-4%. Ан мочи общ. 24.03.16 уд.вес 1018, белок, сахар не обн., лейкоц – ед. в п/зр. Ан крови на ВИЧ 01.04.16 - *выявлены антитела к ВИЧ*. Ан мокроты м/скопии на КУП 24.03.16, 25.03.16 – отриц. Проба Манту с 2 ТЕ – 7 мм.

Обзорная рентгенограмма ОГК и томограммы (срез 8 см) от 28.03.2016 Данных за увеличение внутригрудных лимфоузлов не выявлено, в легких очаговых и инфильтративных теней не определяется.

Выписан из ЛРПТДБ *Диагноз*: Инфицирован МБТ, туб контакт (МРТБ) Группа социального риска категория 5.2 А.

Рекомендовано наблюдение участкового фтизиатра по месту жительства согласно категории 5.2 А и консультация инфекциониста

Рекомендации выполнены не были и мать ребенка ни сама, ни своих детей не обследовала у инфекциониста, антиретровирусную терапию не принимала, от наблюдения у фтизиатра отказалась.

Резкое ухудшение состояния ребенка П. отметили 24.06.2016, когда после купания появилась выраженная общая слабость, боль в горле, повышение температуры тела до 39°C. Лечился в стационаре по м/ жительства с *Диагнозом*: Острый лакунарный тонзиллит. Вторичный лимфаденит подчелюстных, локтевых, паховых л/узлов. Острый гайморит, этмоидит. На фоне лечения состояние ухудшалось в связи с чем ребенок был переведен в инфекционно - диагностическое боксированное отделение ЛРДКБ. Состояние ребенка тяжелое, обусловленное выраженным интоксикационным синдромом.

В отделении был обследован: Ан крови клин 30.06.16 Нв 103 г/л, эр. $4,75 \cdot 10^{12}$, лейкоц- $6,1 \cdot 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч, п-1%, сегм - 61%, э - 1%, Лимф - 35% Мон-2%. Ан мочи общ.01.07.16 уд.вес 1006, белок, сахар не обн., лейкоц - 8-10 в п/зр. Ан крови на ВИЧ 29.06.16 - *выявлены антитела к ВИЧ*.

Исследование крови от 01.07.2016 Вирус Эпштейна - Барр Ig G к ранним белкам положит., ЦМВ Ig G - положит., ЦМВ Ig M - 0,747 - отриц.

Обзорная рентгенограмма ОГК от 01.07.2016 Признаки 2-х стороннего увеличения лимфоузлов бронхопульмональной группы. Усилен и обогащен легочной рисунок.

Консультация фтизиатра 01.07.2016 - нельзя исключить туберкулезный бронхоаденит. Генерализация туберкулезного процесса. Туберкулез периферических лимфоузлов?. Рекомендовано начать специфическую терапию. Провести биопсию шейного лимфоузла. Консультация врач-педиатр РЦПБС - решение вопроса о начале антиретровирусной терапии после уточнения диагноза туберкулеза периферических лимфоузлов.

Ребенок переведен для дальнейшего лечения в ЛРПТДБ где находился с 08.07.2016 с *Диагнозом*: РМРТБ (Риск мультирезистентного туберкулеза) внутригрудных лимфоузлов с 2-х сторон, Дестр - , МБТ 0, М 0, К0, Резист.0, Гист. 0. Категория 4.1 (из ВДТБ) Когорта 3 (2016) из очага смерти по туберкулезу (отец умер IV.2015 МРТБ, Резист Н, R, S, В-20). ВИЧ-инфекция. Пансинусит, конъюнктивит обоих глаз, кандидоз рото-, носоглотки.

В отделении был обследован: Ан крови клин 11.07.16 Нв 104 г/л, эр. $3,6 \cdot 10^{12}$, ЦП – 0,86, лейкоц- $4,2 \cdot 10^9$, СОЭ – 16 мм/ч, п-1%, сегм – 40%, э – 1%, Лимф – 55% Мон-3%. Ан мочи общ. 11.07.16 уд.вес 1028, белок – 0,033г/л, сахар не обн., лейкоц – 8-10 в п/зр. Ан мокроты м/скопии на КУП 24.03.16, 25.03.16 – отриц.

Проводилась симптоматическая и противотуберкулезная терапия: пиперазид, капреомицин, протионамид, моксифлоксацин, циклосерин в индивидуальных дозах, согласно веса ребенка. На фоне проводимого лечения состояние ребенка ухудшалось и с признаками развивающейся инфекционно-токсической кардиопатии, НК I ст., эксикоза I ст., эндотоксикоза II ст. и ДН III ст. и выраженного интоксикационного синдрома он неоднократно переводился в отделение интенсивной терапии детской инфекционной больницы (ДИОИТ). В котором мальчик находился на лечении до достижения стабилизации и затем он возвращался в ЛРПТД для продолжения противотуберкулезного лечения, последнее стационарное лечение с 01.08.2016 по 04.08.2016.

В отделении был обследован: Ан крови клин 02.08.16 Нв 90 г/л, эр. $3,55 \cdot 10^{12}$, ЦП – 0,77, лейкоц- $2,8 \cdot 10^9$, СОЭ – 4 мм/ч, п-1%, сегм – 24%, э – 0%, Лимф – 74% Мон-1%. Ан мочи общ. 03.08.16 уд.вес 1025, белок – 0,132г/л, сахар не обн., лейкоц – 1-4 в п/зр. Биохимическое исследование крови .03.08.2016 Общ. белок – 46,2г/л, Альбумины – 25,2 г/л, Билирубин общий – 6,1 мкмоль/л, АлАТ – 48 Е/л, АсАт – 96 Е/л, ЛДГ – 5476 Е/л, глюкоза – 2,7 ммоль/л, тимоловая проба – 1,0 Ед.

На фоне проводимого лечения состояние вновь ухудшилось и 04.08.2016 ребенок был переведен в очередной раз в ДИОИТ, где умер 05.08.2016. Заключение *патологоанатомического исследования*. (Болезнь, которая привела к смерти): а) Отек головного мозга; б) Полиорганная недостаточность; в) Болезнь, обусловленная ВИЧ, с появлениями микобактериальной инфекции в виде генерализованного туберкулезного лимфаденита.

Выводы

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует развитие остро прогрессирующего туберкулеза у ребенка с генерализованным поражением лимфатической системы на фоне ВИЧ инфекции, которая была поздно диагностирована – незадолго до развития туберкулезного поражения. Учитывая данные анамнеза и особенности развития заболевания у пациента в семье, где отец

умер от ко-инфекции ВИЧ/ТБ за год до заболевания ребенка, целесообразно для медработников изменить подход диспансерного наблюдения за семьями, где проживает человек, живущий с ВИЧ (ЛЖВ). Должна быть организована «обратная» связь между участковым врачом, направившего пациента к инфекционисту в кабинет Доверия и контролем результатов его обследования, без разглашения заключительного диагноза. Это может помочь в планировании профилактических мероприятий совместно с инфекционистом и фтизиатром для предотвращения заражения членов семьи ВИЧ-инфекцией или своевременного дообследования для уже инфицированных лиц с целью раннего выявления туберкулеза, при необходимости проведения химиопрофилактики данного заболевания, мотивировать и заинтересовать в приеме антиретровирусной терапии. Совместная работа может помочь в осуществлении контроля за туберкулезом и способствовать улучшению эпидемической ситуации на территории.

Литература

1. Батыров Ф. А. Профилактика туберкулеза у детей, рождённых от больных ВИЧ-инфекцией матерей / Ф.А. Батыров, О.П. Фролова, Л.Ф. Мухамедшина, О.К. Киселевич // *Мат-лы VIII Российского съезда фтизиатров*. – Москва, 2007. – С. 356-357.
2. Клинико-морфологические особенности течения туберкулеза при ВИЧ-инфекции / З.Х. Корнилова, Ю.Р. Зюзя, Л.П. Алексеева [и др.] // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2008. – № 10. – С.13-20.
3. Марченко Н.А. Особливості перебігу вперше діагностованого туберкульозу у ВІЛ – інфікованих залежно від стану імунної системи/Н.А. Марченко // *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ – інфекція*. – 2013. – № 2 (13). – С. 59-65.
4. Москаленко В.Ф. Туберкульоз. ВІЛ – інфекція/СНІД: навчальний посібник / В.Ф. Москаленко, Р.Г. Процюк. – К.: Медицина, 2009. – 429 с.
5. Пантелеев А.М. К вопросу о генерализации туберкулеза у ВИЧ – инфицированных / А.М. Пантелеев // *Альманах «Инфекционные болезни – 2007»*. – Санкт-Петербург, 2008. – С.165-169.
6. Роша Л.Г. Патоморфологія легень при ВІЛ – інфекції/СНД: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: спец.14.03.02 «Патологічна анатомія» / Л.Г. Роша. – Донецьк, 2010. – 19 с.
7. Солодун Ю.В. Особенности морфологических проявлений туберкулезной инфекции у больных наркоманией в сочетании с ВИЧ – инфекцией / Ю.В. Солодун, М.В. Воронцова // *Сибирский медицинский журнал*. – 2009. – № 2. – С. 63-66.

8. Харрис Э. ТБ/ВИЧ Клиническое руководство / Э. Харрис, Д. Махер, С. Грэхем. - [2-е издание]. - 2006 г. - 226 с.
9. Bychkov A.V. Postmortem investigation following human immunodeficiency virus infection / A.V. Bychkov, A.E.Dorosevich, Jimson W. D'souza // *Inf. J. Global Research Int.Med.&Public Health*. - 2009. - Vol.1. № 2. - P. 28-46.
10. Chauhan Jayant B.A Comparative study jn symptoms fnd microbiological status of uberculosis in HIV positive persons / Jayant B.Chauhan, Chanshyam B. Borisagar // *Natl. J. Med. Res.* - 2014. - Vol.4, № 2. - P. 23-26.
11. Mortality among HIV - infected patients in resource limited setting: a case controled analysis of inpatiets at a community care center / Nirmala Rajagopalan, Suchitra Joyce B., Shet Anita. [et al.] // *Am. J. Inf. Dis.* - 2012. -Vol.5, issue 3. - P. 226-231.
12. Page K.R. Tuberculosis-HIV coinfection: epidemiology, clinical aspects, and interventions / K.R. Page, R. Chaisson, P. Godfrey-Faussett // *Reichman and Hershfield's Tuberculosis. Part A /ed by M.Raviglione.* - [third edition]. - New York: Informa healthcare, 2006. - P. 371-416.
13. Swaminathan S. HIV - Associated tuberculosis: clinical update / S. Swaminathan, C. Padmapriyadarsisni, G. Narendran // *Clinical Infectious Diseases.* - 2010. - Vol. 50. - P. 1377-1386.

Резюме

Пустовой Ю.Г., Баранова В.В., Манохина О.Ю., Роеенко Г.Н., Дорда М.В.
Трудности диагностики туберкулеза у ребенка с ВИЧ-инфекцией (клинический случай).

Представленный клинический случай демонстрирует развитие остро прогрессирующего туберкулеза у ребенка с генерализованным поражением лимфатической системы на фоне ВИЧ инфекции, которая была поздно диагностирована – незадолго до развития туберкулезного поражения. Учитывая данные анамнеза и особенности развития заболевания у пациента в семье, где отец умер от ко-инфекции ВИЧ/ТБ за год до заболевания ребенка, целесообразно для медработников изменить подход диспансерного наблюдения за семьями, где проживает человек, живущий с ВИЧ (ЛЖВ). Должна быть организована «обратная» связь между участковым врачом, направившего пациента к инфекционисту в кабинет Доверия и контролем результатов его обследования, без разглашения заключительного диагноза. Это может помочь в планировании профилактических мероприятий совместно с инфекционистом и фтизиатром для предотвращения заражения членов семьи ВИЧ-инфекцией, своевременного дообследования для уже инфицированных лиц с целью раннего выявления туберкулеза, при необходимости проведения химиофилактики данного заболевания. Совместная работа может помочь в осуществлении контроля за туберкулезом и способствовать улучшению эпидемической ситуации на территории.

Ключевые слова: туберкулез, ВИЧ-инфекция, дети

Пустовий Ю.Г., Баранова В.В., Манохіна О.Ю., Роєнко Г.М., Дорда М.В.
Труднощі діагностики туберкульозу у дитини із ВІЛ-інфекцією (клінічний випадок).

Наведений клінічний випадок демонструє розвиток гостро прогресуючого туберкульозу у дитини із генералізованим ураженням лімфатичної системи на тлі ВІЛ інфекції, яка була пізно діагностовано – незадовго до розвитку туберкульозного ураження. Враховуючи дані анамнезу та особливості розвитку захворювання у пацієнта в сім'ї, де батько помер від ко-інфекції ВІЛ/ТВ за рік до захворювання дитини, доцільно для медпрацівників міняти підхід до диспансерного нагляду за сім'ями, де мешкає людина, яка живе із ВІЛ (ЛЖВ). Повинно бути організовано «зворотній» зв'язок між дільничним лікарем, який направив пацієнта до інфекціоніста у кабінет Довіри та контролем результатів його дослідження, без розголошення заключного діагнозу. Це може допомогти у плануванні профілактичних заходів сумісно із інфекціоністом та фтизіатром що до попередження зараження членів сім'ї ВІЛ - інфекцією, своєчасного обстеження вже інфікованих осіб з метою раннього виявлення туберкульозу, при необхідності проведення хіміопротекції даного захворювання. Сумісна робота може допомогти у здійснюванні контролю за туберкульозом та сприяти покращенню епідемічної ситуації на території.

Ключові слова: туберкульоз, ВІЛ – інфекція, діти

Summary

Pustovoy Yu.G., Baranova V.V., Manohina O.Yu., Roenko G.N., Dorda M.V.
The difficulties in diagnostics of TB in a child with HIV infection (a clinical case).

The present clinical case demonstrates the development of acute progressive tuberculosis in a child with generalized affection of the lymph system against the background of HIV infection, which has been late diagnosed - just before the development of tubercular affection. Considering the case history data and the development peculiarities of the patient's disease in a family where his father died of a coinfection with HIV/TB a year before the child's disease, it is advisable to change the approach to clinic health care of families, where there is a person with HIV. It should be organized a "reverse" link between a district doctor (a general practitioner) who sent a patient to an infectionist into the Trust Cabinet and the control of his examination results, without disclosing the final diagnosis. This may help in the planning of preventive measures in conjunction with an infectionist and a phthisiatrician to prevent infecting with HIV infection family members, in timely additional examination of people who have been already infected. The purpose of this is early revealing of tuberculosis, when there is a need for chemoprophylaxis of tuberculosis. Collaboration can help in the control of tuberculosis and contribute to the improvement of the epidemiological situation in the territory.

Key words: tuberculosis, HIV-infection, children.

Рецензент: проф., д.мед.н. Я.А. Соцкая

ПРОФІЛАКТИКА СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ВИКОНАННІ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

В.В. Сімрок, Ю.Б. Желтонозька

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

Збільшення клінічних втручань при поєднанні хірургічної та гінекологічної патології вимагають від сучасного лікаря особливого підходу до профілактичних дій, спрямованих на запобігання септичних ускладнень. Відомо, що хронічна патологія матки та придатків перебігає на тлі хронічної персистуючої інфекції [1], не менш вразливими є й жовчовивідні протоки та міхур, наявність хронічної інфекції в них сприяє каменеутворенню [6,7].

Отже, коли виникає необхідність виконання симультанного втручання в жінок з лейоміомою матки та калькульозним холециститом виникає подвійна загроза збудження хронічних вогнищ інфекції та її розповсюдження. Така хірургічна ситуація диктує необхідність пошуку сучасних малозатратних, але ефективних методів профілактики септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: «Удосконалення методів профілактики і лікування порушень здоров'я жінок різного віку і з ускладненим перебігом вагітності» (№ держреєстрації 0110U000573).

Тому **метою** нашого дослідження була оцінка ефективності лікувальних профілактичних заходів, спрямованих на запобігання септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій в гінекологічній практиці, шляхом оцінки мікробіоцинозу зони оперативного втручання.

Матеріал і методи дослідження

З метою виконання поставлених завдань нами були відібрані пацієнтки віком від 42 до 50 років, показанням для хірургічного втручання був хронічний калькульозний холецистит (ХКХ) з типовим неускладненим перебігом, показанням для гінекологічної операції була симптомна вузлова лейоміома матки (ЛІМ) розміром від 10

до 14 тижнів вагітності. Всього для дослідження було відібрано 77 жінок, яких ми поділили на дві групи, в першу групу увійшли 45 пацієток, яким ми застосували лікувально-профілактичний комплекс, спрямований на запобігання септичних ускладнень, (група I – основна ОГ), в групу порівняння (друга – ГП) увійшли 42 пацієтки, яким запропоновані схеми не застосовували. Всім жінкам виконано лапароскопічну холецистектомію та лапаротомну гістеректомію з трубами. За правилами нашої клініки всім пацієткам на першому етапі виконували холецистектомію з обов'язковим дрениванням клубової бічної області справа. На другому етапі виконували лапаротомну гістеректомію з трубами з наступним дрениванням через культю піхви. У всіх випадках нами використані активні дренажні системи. Після хірургічного доступу до області втручання, перед виконанням ектомії, нами з поверхні жовчного міхура, навколоміхурової поверхні печінки, із заднього та переднього Дугласа проводився забір матеріалу стерильним ватним тампоном для подальшого бактеріологічного дослідження. Після забору матеріалу, нами створювалось вологе операційне поле за рахунок інстиляції розчину декасана. Зрошування декасаном проводили також після завершення видалення та контролю гемостазу. Декасан – стерильний 0,02% розчин натрію хлориду, це осмозбалансований кристалоїдний розчин, не чинить місцево-драгівливої дії на мезотелій очеревини, сприяє підвищенню репаративних внутрішньоклітинних процесів [2]. Максимальний ефект дії декасану досягали його підігрівом до температури 36° - 38° перед застосуванням [3, 4, 5]. Пацієткам другої групи (ГП) вологе операційне поле створювали стерильним фізіологічним розчином натрію хлориду. Антибактеріальну терапію проводили всім пацієткам обох груп, починали інтраопераційно, потім протягом 3-5 діб, в залежності від стану та перебігу післяопераційного періоду. Зазвичай, в клініці пацієткам такого профілю призначали цефалоспорины другого покоління. Дренажні системи функціонували протягом доби, перед видаленням прозводили забір матеріалу з обох дренажів для бактеріологічного дослідження. Бактеріологічне дослідження отриманого інтраопераційного та післяопераційного матеріалу проводили згідно з наказом МОЗ України № 236 [8].

Також, всім пацієткам проводилось загально-клінічне обстеження, що необхідне для операційного втручання (відповідно клінічним протоколам). Отримані результати клінічних спостережень

та лабораторні дані опрацьовані на персональному комп'ютері із використанням програми «Statistica» (версія 6,0).

Отримані результати та їх обговорення

Вивчення мікробіоцинозу операційного поля до, та після операційного втручання у обстежених жінок показало, що застосування профілактично-лікувальних заходів, одним із компонентів яких є декасан, мало значний вплив на його стан.

При бактеріологічному дослідженні матеріалу із зони операційного втручання було ідентифіковано 15 видів мікроорганізмів до операції (табл. 1).

Таблиця 1

Видовий склад мікрофлори зони оперативного втручання у пацієнок клінічних груп до операції абс. (%)

Вид мікроорганізму	Клінічні групи							
	основна (ОГ) n=45				порівняння (ПГ) n=42			
	Підочере- винна зона		Малий таз		Підочере- винна зона		Малий таз	
<i>S. epidermidis</i>	4	8.9%	5	11.1	4	9.5	5	11.9
<i>S. aureus</i>	3	6.7	5	11.1	2	4.7	4	9.5
<i>S. haemolyticus</i>	1	2.2	-	-	1	2.3	-	-
<i>S. saprophyticus</i>	2	4.4	4	8.9	1	2.3	3	7.1
<i>S. hominis</i>	1	2.2	1	2.2	1	2.3	1	2.3
<i>S. pyogenes</i>	1	2.2	-	-	1	2.3	-	-
<i>Str. mitis</i>	3	6.7	2	4.4	2	4.7	1	2.3
<i>Peptococcusniger</i>	6	13.3	7	15.6	5	11.9	6	14.3
<i>Peptococusaeruginosa</i>	2	4.4	2	4.4	2	14.7	4	9.5
<i>Escherichia coli</i>	10	22.2	6	13.3	9	21.4	6	14.3
<i>Enterococcus faecalis</i>	3	6.7	1	2.2	3	7.1	-	-
<i>Klebsiellapneumoniae</i>	2	4.4	1	2.2	2	4.7	1	2.3
<i>Enterobacter cloacae</i>	2	4.4	1	2.2	3	7.1	1	2.3
Гриби роду <i>Candida</i>	8	17.8	13	28.9	7	16.7	12	28.6
<i>Clostridium Sp.</i>	5	11.1	2	4.4	4	9.5	2	4.8

Як бачимо з приведених даних, видовий склад мікрофлори різних зон втручання відрізнявся по деяких збудниках. Так, з малого тазу майже в двічі частіше висівалися *S. Saprophyticus*, значно частіше Гриби роду *Candida*, тоді, як із гепатобіліарної зони частіше висівалися *E.Coli*, *Clostriatum Sp.*

Для вірогідності подальшої оцінки ефективності запропонованого комплексу нами проведена кількісна оцінка показників мікробіоцинозу зони оперативного втручання до операції (табл. 2).

Таблиця 2

Кількісні показники мікробіоцинозу зони оперативного втручання у пацієнток клінічних груп до операції (lgM±mKYO/мл)

Мікроорганізми	Клінічні групи			
	ОГ n=45		ПГ n=42	
	гепато-біліарна зона	малий таз	гепато-біліарна зона	малий таз
<i>S. epidermidis</i>	4,82±0,83	4,31±0,64	4,74±0,75	3,96±0,93
<i>S. aureus</i>	4,1±0,85	3,75±0,41	3,95±0,81	4,01±0,44
<i>S. haemolyticus</i>	1,75±0,35	-	-	-
<i>S. saprophyticus</i>	3,71±0,45	3,75±0,94	3,33±0,96	3,48±0,79
<i>S. hominis</i>	2,31±0,51	2,12±0,35	2,45±0,21	2,51±0,47
<i>S. pyogenes</i>	4,5±0	-	4,5±0	-
<i>Str. mitis</i>	2,74±0,55	2,12±0,84	2,47±0,61	2,3±0,84
<i>Peptococcusniger</i>	4,4±0,5	4,0±0,54	4,2±0,6	4,1±0,65
<i>Peptococcusaeruginosa</i>	4,7±0,5	4,31±0,2	4,68±0,46	4,12±0,74
<i>Escherichia coli</i>	4,86±0,91	3,86±0,49	4,91±0,87	3,74±0,78
<i>Enterococcus faecalis</i>	4,25±0,75	3,5±1,0	4,4±0,58	-
<i>Klebsiellapneumoniae</i>	3,1±0,4	2,1±0,42	3,4±0,7	2,4±0,51
<i>Enterobacter cloacae</i>	3,81±0,76	3,33±0,89	3,78±0,88	3,0±1,0
Гриби роду <i>Candida</i>	3,48±1,03	4,0±1,05	3,51±1,07	4,2±1,01
<i>Clostridium Sp.</i>	2,31±0,65	2,1±0,7	2,34±0,59	2,4±0,57

Як бачимо з приведених даних, такі представники умовно-патогенної флори, як *S. epidermidis*, *S. saprophyticus* та інші, висівали у пацієнток у діагностично-незначних концентраціях (2-3 lgKYO/мл). Декілька більшими, але діагностично-незначними були концентрації *Peptococcus*, *E. Coli*, (2-4 lgKYO/мл) в гепатобіліарній зоні. В зоні малого тазу ці збудники також концентрувались в більшій кількості (3-4 lgKYO/мл). Слід також зазначити, що представники мікробіоцинозу зони оперативного втручання висівались у 2-5 видових асоціаціях (3-4 lgKYO/мл).

В цілому аналіз мікрофлори як якісний, так і кількісний вказував на те, що збудники не перевищували діагностично-значимі концентрації, що притаманно для неускладненої хронічної патології.

Також слід зазначити, що показники в клінічних групах не різнилися за значеннями, мали однакову тенденцію по зонах оперативного втручання. Отже клінічні групи репрезентативні.

Як ми вказували раніше, наші пацієнтки основної групи під час оперативного втручання отримували інтраопераційну санацію декасаном на обох етапах операції, й наступного дня перед видаленням дренажу, вміст післяопераційної зони та дренажу забирали для бактеріологічного дослідження.

Результатами проведених досліджень у жінок клінічних груп свідчать про високу антисептичну дію декасана.

Після проведеної терапії у жінок основної групи кількісні та якісні показники мікробіоцинозу зони оперативного втручання наближались до норми. В цілому спектр виділеної мікрофлори в основній групі зменшився від 15 до 7 видів за рахунок зменшення патогенних форм стафілококів, стрептококів, ентеробактерій, кишкової палички, клебсієл та кластрідій (табл. 3). Частота виділення інших умовно-патогенних мікроорганізмів була невеликою і складала: гриби роду *Candida* – 8,9%; *S. saprophyticus* – 2,2; *S. epidermidis* – 4,4. Частота висіву анаеробної флори також зменшилась (бактероїди – 2,3 рази, пептококи – в 2 рази, пептострептококи – в 1,8 рази, фузобактерії – в 3,4 рази). Після застосованих заходів частота реєстрації асоціацій мікроорганізмів зменшилась від 53,2% до 15,8% випадків в основній групі.

Результати обстеження жінок групи порівняння свідчать про менш позитивну динаміку бактеріологічних показників мікробіоцинозу зони оперативного втручання під впливом традиційного застосування фізіологічного розчину натрію хлориду. Не дивлячись на зменшення спектру виділеної умовно-патогенної флори до 13 видів в гепатобіліарній зоні, а в зоні малого тазу до 10, частота реєстрації асоціацій мікроорганізмів складала 27,1 % випадків, в порівнянні з основною групою в 1,7 рази частіше (15,8%).

Також у групі порівняння частіше висівали кокову флору (*S. epidermidis* у 1,5 рази, *S. saprophyticus* – у 2 рази). Ці види кокової флори знаходились в асоціації з кишковими паличками та анаеробами. Позитивний вплив профілактично-лікувальної терапії полягав у відсутності висіву патогенних форм стафілококів та стрептококів, клебсієл, коринебактерій, кластрідій, зниженні частоти висіву кишкових паличок у 2 рази та грибів роду *Candida* у 1,3 рази.

**Видовий склад мікрофлори зони оперативного втручання
після операції, абс.(%)**

Мікроорганізми	Клінічні групи			
	ОГ n=45		ПГ n=42	
	зони оперативного втручання			
	гепато-біліарна зона	малий таз	гепато-біліарна зона	малий таз
<i>S. epidermidis</i>	2 (4,4)	2 (4,4)	3 (7,1)	3 (7,1)
<i>S. aureus</i>	-	-	1 (2,3)	2 (4,8)
<i>S. haemolyticus</i>	-	-	1 (2,3)	--
<i>S. saprophyticus</i>	1 (2,2)	-	1	2 (4,8)
<i>S. hominis</i>	-	-	-	--
<i>S. pyogenes</i>	-	-	-	--
<i>Str. mitis</i>	1 (2,2)	-	1 (2,3)	1 (2,3)
<i>Peptococcusniger</i>	3 (6,7)	3 (6,7)	3 (7,1)	3 (7,1)
<i>Peptococcusaeruginosa</i>	-	-	1 (2,3)	2 (4,8)
<i>Escherichia coli</i>	5 (11,1)	2 (4,4)	6 (14,3)	4 (9,5)
<i>Enterococcus faecalis</i>	-	-	1 (2,3)	-
<i>Klebsiellapneumoniae</i>	-	-	1 (2,3)	1 (2,3)
<i>Enterobacter cloacae</i>	-	-	1 (2,3)	-
Гриби роду <i>Candida</i>	4 (8,9)	5 (11,1)	6 (14,3)	7 (16,7)
<i>Clostriatum Sp.</i>	2,1 (2,2)	-	2 (4,7)	1 (2,3)

Велике значення для реалізації патогенних властивостей умовно-патогенної флори має її кількісний склад (табл. 4). Вивчення концентрації грампозитивних та грамнегативних умовно-патогенних мікроорганізмів у прооперованих жінок свідчить про її невисокий рівень – 1-2 ІгКУО/мл в основній групі, та декілька вищий в групі порівняння (1-4 ІгКУО/мл). Кількість анаеробної флори сягала незначного рівня 2-3 ІгКУО/мл. Концентрація деяких видів мікроорганізмів (*S. epidermidis* та гриби роду *Candida*) знизилась, але залишалась значно більшою в групі порівняння майже у 1,5 рази.

В жодному випадку концентрація мікроорганізмів у жінок основної групи не перевищувала рівень 3 ІгКУО/мл. Тоді, як в групі порівняння подеяких збудниках показники сягали рівня 3-4 ІгКУО/мл. Це свідчить про високу ефективність запропонованої нами

профілактично-лікувальної терапії, що позитивно впливало на результати симультанного втручання.

Таблиця 4

Кількісні показники мікробіоцинозу зони оперативного втручання у пацієнок клінічних груп після операції

Мікроорганізми	Клінічні групи			
	ОГ n = 45		ПГ n = 42	
	зони оперативного втручання			
	гепато-біліарна зона	малий таз	гепато-біліарна зона	малий таз
S. epidermidis	2,21±0,14	1,7±0,79	4,48±0,4	2,86±0,19
S. aureus	-	-	2,48±0,5	2,0±0,0
S. haemolyticus	-	-	-	-
S. saprophyticus	2,0±0	-	2,67±0,61	1,89±0,57
S. hominis	-	-	-	-
S. pyogenes	-	-	-	-
Str. mitis	-	-	2,0±0	-
Peptococcusniger	2,45±0,19	2,37±0,17	3,5±0,75	3,5±1,0
Peptococcusaeruginosa	-	-	2,0±0	2,68±0,18
Escherichia coli	2,4±0,16	2,0±0	2,98±0,18	2,75±0,38
Enterococcus faecalis	-	-	2,75±0,75	-
Klebsiellapneumoniae	-	-	2,0±0	-
Enterobacter cloacae	-	-	1,6±0,15	-
Гриби роду Candida	2,75±0,21	2,34±0,43	3,08±0,19	3,5±0,37
Clostridium Sp.	-	-	1,7±0,81	-

Так, вже на 1-2 добу післяопераційного періоду всі пацієнтки основної групи відмічали покращення загального стану, відновлення рухово-евакуаторної функції кишечника (регулярні випорожнення, зникнення симптомів метеоризму та дискомфорту в животі). У групі порівняння 7 пацієнок продовжували скаржитися на схильність до запорів, симптоми метеоризму турбували 8 пацієнок, симптоми неповного спорожнення кишечника – 7 пацієнок, дискомфорт у животі – 5 пацієнок. Індивідуальний аналіз цих клінічних випадків показав, що це пацієнти, в яких визначалась концентрація мікроорганізмів в межах 2-4 ІгКУО/мл, що можливо пов'язано з явищами дисбіозу.

Висновки

1. Таким чином наші дослідження довели, що застосування профілактично-лікувальних заходів, однією складовою яких є використання інтраопераційної санації зони оперативного втручання декасаном, є досить ефективним в практиці септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій.

2. Нашими дослідженнями ще раз підтверджено бактерицидну дію декасана на Грам «+», Грам «-» та анаеробну флору, що дозволяє його використання не тільки з лікувальною, але й з профілактичною метою.

Література

1. Шелигіна О.А. Лейомиома матки: можливі причини та медико-соціальних факторів / О.А. Шелигіна, В.В. Сімрок, О.Г. Шелигін, Л.О. Шелигіна // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – 2008. – С. 133-137.
2. Бойко В.В. Досвід застосування розчину дакаметоксину в лікуванні хірургічного перитоніту / В.В. Бойко, В.К. Логов, М.Є. Тимченко // Клінічна хірургія. – 2012. – № 12. – С. 124-127.
3. Перитонит. Практическое руководство / Под редакцией В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, М.И. Филимонова. – М., 2006. – 214 с.
4. Экспериментальное обоснование выбора препаратов для санации брюшной полости при остром разлитом перитоните / В.В. Бойко, В.К. Логачев, Н.А. Ремнева [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 3. – С. 25-27.
5. Порівняльна характеристика антисептичної ефективності декасану та фурациліну / Г.К. Палій, В.П. Ковальчук, А.В. Крижанівська, Д.В. Палій // Здоров'я України. – 2010. – № 22. – С. 34 – 36.
6. Скрипник Л.М. Хронічний некалькульозний холецистит у жінок різного віку: лікування з включенням кверцетину і препаратів магнію: автореф. дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук: спец. 14.01.36 «Гастроентерологія» / Л.М.Скрипник. - Івано-Франківськ, 2005. – 25 с.
7. Анисимова Е.В. Хронический холецистит у пациентов с различным трофологическим статусом: автореф. дисс. на соиск. канд.мед.наук.: спец. 14.01.04 «Внутренние болезни» / Е.В. Анисимова. – Волгоград, 2013. – 24 с.
8. Наказ МОЗ України №236 від 04.04.2012 року «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів».

Резюме

Сімрок В.В., Желтоножская Ю.Б. Профилактика септических осложнений при выполнении симультанных операций в гинекологической практике.

Увеличение клинических вмешательств при сочетании хирургической и гинекологической патологии требуют от современного врача особого подхода к профилактическим действиям, направленным на предотвращения септических осложнений. Целью исследования была оценка эффективности лечебных профилактических мероприятий, направленных на предотвращения септических осложнений при выполнении симультанных операций в гинекологической практике, путем оценки микробиоценоза зоны оперативного вмешательства. Установлено, что применение профилактически-лечебных мероприятий, одной из составляющей которых является использование интраоперационной санации зоны оперативного вмешательства декасаном, является весьма эффективным в практике септических осложнений при выполнении симультанных операций.

Ключевые слова: септические осложнения, декасан, симультанные операции.

Резюме

Сімрок В.В., Желтоножська Ю.Б. *Профілактика септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій в гінекологічній практиці.*

Збільшення клінічних втручань при поєднанні хірургічної та гінекологічної патології вимагають від сучасного лікаря особливого підходу до профілактичних дій, спрямованих на запобігання септичних ускладнень. Метою дослідження була оцінка ефективності лікувальних профілактичних заходів, спрямованих на запобігання септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій у гінекологічній практиці, шляхом оцінки микробиоценоза зони оперативного втручання. Встановлено, що застосування профілактично-лікувальних заходів, однією з складових яких є використання інтраопераційної санації зони оперативного втручання декасаном, є досить ефективним у практиці септичних ускладнень при виконанні симультанних операцій.

Ключові слова: септичні ускладнення, декасан, симультанні операції.

Summary

Simrok V.V., Jeltonojkaya Yu.B. *Prevention septic complication during simultaneous operations in gynecology practice.*

The increase in clinical interventions with a combination of surgical and gynecologic pathology require modern doctor special approach to preventive action to prevent septic complications. The aim of the study was to assess the effectiveness of therapeutic and preventive measures aimed at preventing septic complications when performing simultaneous operations in gynecologic practice, by assessing microbyocenosis of zone surgery. The use of preventive and therapeutic measures, one component of which is the use of intraoperative sanitation of the zone of surgical intervention dekasane, is highly effective in the practice of septic complications when performing simultaneous operations.

Key words: septic complications, dekasane, simultaneous operation.

Рецензент: проф., д.мед.н. П.Т. Лецинский

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА АНГИНЫ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

А.В. Хабарова, Соцкая Я.А.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Введение

В условиях крупного индустриального региона Донбасса, с высоким уровнем загрязнения окружающей среды выбросами и отходами предприятий горноугольной, машиностроительной, металлургической, химической и коксохимической промышленности заболеваемость ангинами существенно превышает аналогичные показатели регионов с более благоприятной экологической обстановкой. Особенно характерна высокая заболеваемость ангинами для лиц молодого и наиболее трудоспособного населения, проживающих в непосредственной близости от источников экологического загрязнения биосферы – металлургических комбинатов, коксохимических заводов, крупных теплоэлектростанций. В патогенетическом плане, как показали проведенные нами ранее результаты исследований, это связано со снижением показателей местного иммунитета ротоглотки, а также естественной антиинфекционной резистентности у людей, проживающих в экологически неблагоприятной обстановке, по сравнению с теми, кто живут в сравнительно удовлетворительных условиях.

Актуальность. Наши наблюдения за последнее годы выявили, что среди всех госпитализированных в инфекционный стационар в 20-25% случаев отмечаются пациенты с язвенно-некротическими поражениями миндалин, что соответствует уровню выше, чем в регионах с благоприятными экологическими условиями.

В настоящее время актуальной проблемой, с которой приходится сталкиваться семейному врачу, является трудность диагностики инфекционных и неинфекционных заболеваний, протекающих с синдромом острого тонзиллита. Поэтому изучение синдрома ангины представляет существенный интерес для клинической практики, поскольку это будет способствовать дифференцировке и постановке правильного диагноза, а также разработке

рациональных способов и подходов к патогенетической терапии, и тем самым, предотвратит формирование метатонзиллярных осложнений ангины.

Под «синдромом ангины» понимают клинический симптомокомплекс, который характеризуется местными воспалительными изменениями лимфаденоидной ткани глотки и регионарным лимфаденитом. Известно, что ангины выделяют как самостоятельное заболевание (первичные тонзиллиты) и как синдром инфекционных и соматических болезней (вторичный тонзиллит) [2]. Таким образом, если при осмотре больного выявляется воспаление небных миндалин, то необходимо решить, к какой группе болезней относится это поражение [5, 10]. Оно может быть:

- ангиной (стрептококковой, стафилококковой, пневмококковой, фузоспирохетозной, смешанной);
- тонзиллитом при других инфекционных и неинфекционных заболеваниях;
- обострением хронического тонзиллита.

Диагностические критерии острого первичного тонзиллита стрептококковой этиологии: острое начало, синдром интоксикации — температура 38—39°, головная боль, озноб, в тяжелых случаях тошнота, рвота, регионарный лимфаденит — увеличение и болезненность тонзиллярных лимфоузлов, тонзиллярный синдром — боль в горле, гиперемия миндалин и небных дужек, увеличение миндалин, наложения на миндалинах.

По характеру и выраженности изменений в небных миндалинах различают катаральную, фолликулярную, лакунарную и язвенно-некротическую ангину. При катаральной ангине отмечают гиперемия и отечность небных дужек, язычка, миндалин. Если на этом фоне на миндалинах сквозь гиперемированную слизистую оболочку просвечиваются нагноившиеся фолликулы, значит, имеет место фолликулярная ангина, а при наличии гноя в лакунах — лакунарная. При некротической — дефект слизистой оболочки миндалин, покрытый грязно-серым налетом.

Все виды ангины, сопровождающиеся образованием налетов, следует считать подозрительными на дифтерию [11, 16]. Основные отличительные дифференциально-диагностические признаки дифтерии миндалин от других поражений зева следующие [28, 29, 35]:

- отсутствие профилактических прививок против дифтерии или не полностью проведенная вакцинация;

- свидетельство о наличии контакта с больным дифтерией или носителем коринебактерий дифтерии;
- преимущественно острое начало заболевания;
- наличие симптомов интоксикации, которые зачастую не коррелируют с характером местного процесса;
- невыраженность болевого синдрома, снижение рефлексов (рвотного, кашлевого), боль в горле умеренная, нередко не соответствует проявлениям воспаления на слизистой оболочке рото- и носоглотки;
- отек зева превалирует над гиперемией;
- патогномичным симптомом для дифтерии любой локализации является образование фибринозной пленки. Пленка гладкая, блестящая с перламутровым оттенком, серовато-белая или грязно-серая с четкими краями, наплетается на прилежащие слизистые оболочки (+ткань). Налеты тяжело снимаются, поверхность под ними кровоточит, не растираются между предметным стеклом, в жидкости – тонут;
- голос часто становится гнусавым из-за пареза мягкого неба;
- подчелюстные лимфатические узлы умеренно увеличены;
- выделение при бактериологическом исследовании коринебактерий дифтерии (как токсигенных, так и нетоксигенных штаммов); отсутствие возбудителя при наличии типичных клинических симптомов не является аргументом для снятия диагноза;
- отсутствие эффекта от лечения антибиотиками и высокая эффективность от терапии противодифтерийной антитоксической сывороткой (ПДС).

Следует отметить, что тонзиллярный синдром, сопровождающийся образованием налетов на миндалинах, характерен и для инфекционного мононуклеоза, возбудителем которого является вирус Эпштейна – Барр [27]. Для данного заболевания характерны такие особенности [3, 38]:

- выраженный синдром интоксикации с высокой лихорадкой в течение продолжительного времени;
- тонзиллярный синдром в виде лакунарной или фолликулярной ангины;
- на миндалинах обильный творожистый крошащийся налет, легко снимаемый шпателем, что нехарактерно для дифтерии;
- генерализованная лимфаденопатия, гепатоспленомегалия;
- в крови – умеренный лейкоцитоз, лимфоцитоз, атипичные мононуклеары более 10%. Этот признак следует оценивать особенно внимательно, так как небольшое число таких атипичных клеток

(до 10%) иногда обнаруживается и при других инфекционных заболеваниях (грипп, корь, вирусный гепатит А).

- факультативные признаки — скудные пятнисто-папулезные (пятнистые) высыпания (особенно после лечения ампициллином);

- специфическая диагностика — выявление антител к вирусу Эпштейна—Барр, обнаружение ДНК вируса методом ПЦР.

Инфекционный мононуклеоз, в свою очередь, может иметь много общего с аденовирусными заболеваниями: длительная лихорадка с умеренной интоксикацией, тонзиллит с различными по характеру налетами, увеличение размеров печени и селезенки, поражение конъюнктивы. Тем не менее, аденовирусная инфекция имеет свои отличительные критерии [4, 6, 7, 15]:

- острое начало с развитием умеренного интоксикационного синдрома;

- гиперемия и множественная мелкая зернистость зева ("вирусный зев");

- тонзиллит катаральный или фолликулярно-лакунарный, иногда с белесоватым налетом, островчатым или сливным, может выходить за пределы миндалин, легко снимается шпателем;

- слабо выражен регионарный тонзиллярный лимфаденит;

- сочетание респираторного синдрома с конъюнктивитом, нередко односторонним;

- возможна гепатоспленомегалия, но в меньшей степени выраженности, чем при инфекционном мононуклеозе;

- воспалительные изменения крови слабо выраженные.

Скарлатина – еще одно заболевание, протекающее с выраженными явлениями синдрома тонзиллита [36, 37]. Слизистая оболочка небных миндалин, мягкого неба, язычка имеет отличительный характерный вид - ярко-красный цвет ("пылающий зев"). Язык в начале заболевания густо обложен белым налетом. Со 2–3-го дня язык постепенно очищается, начиная с кончика и боков, а к концу недели он становится ярко-красного цвета, видны гипертрофированные сосочки языка ("малиновый"). Регионарные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Типичная форма скарлатины характеризуется наличием экзантемы. Мелкоточечная сыпь на гиперемизированном фоне кожи появляется на 1–2-й день болезни и сохраняется 5–7 дней. Расположение сыпи преимущественно на боковых поверхностях туловища, внизу живота, на сгибательных поверхностях конечностей со сгущением в области естественных складок кожи. Характерным является симптом Фи-

латова – бледность носогубного треугольника на фоне яркой гиперемии щек. В крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, повышение СОЭ.

Герпангина (везикулезный тонзилло-фарингит) [14]. В среднем, по нашим наблюдениям, 17 – 18% среди всех госпитализированных в инфекционный стационар приходится на данное заболевание. Вызывается энтеровирусами Коксаки. Характеризуется:

- острым началом с быстрым повышением температуры до 39-40;
- местными явлениями: на гиперемированном фоне слизистой оболочки небных дужек, язычка, мягкого неба, а иногда и непосредственно на миндалинах – отдельные мелкие папулы размером 2-4 мм, быстро превращающиеся в пузырьки с серозной жидкостью, при их вскрытии образуются поверхностные эрозии;
- патогномичный признак – пузырьков всегда больше на небных дужках и задней стенке глотки, чем на самих миндалинах;
- воспалительные изменения крови не характерны.

Не следует забывать и о редко встречающихся, но достаточно серьезных инфекционных заболеваниях, которые сопровождаются воспалением лимфаденоидной ткани ротоглотки. Так, например, поражение миндалин при туляремии встречается при ее тонзиллярно - бубонной форме [17]. В начале заболевания изменения миндалин имеют катаральный, а затем - пленчатый или некротический характер. После отторжения некротических масс обнажается глубокая, медленно заживающая язва. Процесс поражения лимфатических узлов распространяется на близлежащие. Они увеличиваются в течение 1-3 дней, сливаются и образуют туляремийный бубон, размеры которого могут варьировать от величины ореха до гусиного яйца. Конгломерат склонен к расплавлению и фистулизации. Процесс, как правило, односторонний. Заживление происходит медленно – от 2-3 недель до 3-6 месяцев. В разгар болезни выражен гепатолиенальный синдром. В крови – лейкопения, относительный лимфоцитоз, билирубинемия.

Преимущественно односторонним поражением характеризуется также фузоспирохетозная ангина (Симановского – Плаута – Венсана), однако основным ее отличием от ангинозно-бубонной формы туляремии является отсутствие лихорадки и выраженного интоксикационного синдрома. Вызывается веретенообразной палочкой в симбиозе со спирохетой Венсана. Наблюдается при белковой недостаточности, плохом уходе за полостью рта, у злостных курильщиков [22].

При брюшном тифе с первых дней заболевания отмечают гиперемии и отек небных миндалин [18]. Налеты не образуются, субъективные

ощущения и реакция регионарных лимфатических узлов отсутствуют. На месте гиперплазированных лимфатических фолликулов образуются симметричные плоские язвы – ангина Дюге. Эти изменения рассматриваются в сочетании с общей клинической картиной тифа.

Не менее распространенный процесс - кандидоз ротоглотки, возникает в результате дисбактериоза, чаще вызванного длительным применением антибиотиков широкого спектра действия. При этом, самочувствие больных не страдает, на поверхности миндалин наблюдается крошкообразный белого цвета налет в виде островков, легко снимающийся тампоном или шпателем. Решающее значение - обнаружение дрожжевых грибов при микроскопии мазков и роста их колоний при бактериологическом исследовании [20, 34].

Крайне редко, по нашим данным около 2-3%, приходится на поражение миндалин, вызванное бледной трепонемой. В раннем периоде сифилитического поражения полости рта может протекать под маской ангины. Распознать сифилитический характер тонзиллита помогут данные элиданамнеза и положительные специфические серологические реакции [1].

Неинфекционные болезни также могут обусловить развитие тонзиллитов. Чаще это наблюдается при гематологических заболеваниях, в частности при различных формах лейкозов, острой лучевой болезни, иммунном агранулоцитозе, но они имеют характерные изменения гемограммы: гиперлейкоцитоз, преобладание бластных клеток, агранулоцитоз [21].

Таким образом, при самых различных заболеваниях порой встречаются одинаковые патологоанатомические изменения в области глотки и миндалин, входящих в состав кольца Вальдеера – Пирогова. Практикующим врачам следует помнить, что не всегда по клиническим признакам можно предположить этиологию тонзиллитов, особенно в начальном периоде заболевания. При любом заболевании с синдромом тонзиллита необходимо исследовать материал (слизь, гной) с миндалин на коринебактерии дифтерии и β -гемолитический стрептококк, а также акцентировать внимание на изменениях в гемограмме, что будет являться первой ступенью для постановки правильного диагноза.

Литература

1. Антоньев А.А. Клиническая характеристика активного сифилиса / А.А. Антоньев, В.А. Суворов // Вестник дерматологии. -2004. - № 12. – С. 32-36.

2. Афанасьева Н.А. Инфекционно – воспалительные заболевания полости рта и глотки / Н.А. Афанасьева // *Российский медицинский журнал*. - М.: Медицина, 2007. - № 5. - С.21-25.
3. Баннова С.Л. Возрастные клиничко-иммунологические аспекты инфекционного мононуклеоза Эпштейна-Барр вирусной этиологии на современном этапе: автореф. дис. канд. мед. наук. / С.Л. Баннова – СПб., 2010. – 21с.
4. Барычева, Л.Ю. Острые респираторные инфекции у детей: клиника и лечение: учеб. пособие / Л.Ю. Барычева, М.В. Голубева, Л.В. Погорелова. - Ростов н/Д : Феникс, 2012. - 220 с.
5. Бондаренко А.Л. Ошибки в диагностике ангин / А.Л. Бондаренко// *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2003. – № 4. – С. 58–60.
6. Богомолов Г.И. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней / Г.И. Богомолов. - М., 2000. - 231 с.
7. Богомолов Б.П. Поражение ротоглотки при инфекционных болезнях / Б.П. Богомолов // *Вестн. оториноларингологии*. – 1998. – № 3. – С. 58.
8. Борисова О.В. Особенности течения инфекций, сопровождающихся синдромом ангины, у детей (по данным детского инфекционного стационара) / О.В. Борисова, Е.С. Гасилин, О.В. Санталова [и др.] // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2011. – Т. 7, № 1. – С. 103–106.
9. Боровский К.В. Атлас заболеваний слизистой оболочки полости рта / К.В. Боровский, Н.Ф. Данилевский. - М.: Медицина, 1981. - 288 с.
10. Белов Б.С. Астрептококковый тонзиллит: клиническое значение, вопросы антибактериальной терапии / Б.С. Белов // *Лечащий врач*. – 2002. - № 1.- С. 2-8.
11. Возианова Ж.И. Дифтерия: современные аспекты / Ж.И. Возианова // *Лечение и диагностика*. – 1996. – № 3. – С. 18–21.
12. Галченко М.Т. Ангины / М.Т. Галченко, М.В. Субботина. – Иркутск, 2009. – 60 с.
13. Дифференциальная диагностика заболеваний с синдромом ангины у детей : метод. указ. для студентов и врачей-интернов / [сост. С.В. Кузнецов, Т.С. Копейченко, О.Н. Ольховская и др.]. – Харьков : ХНМУ, 2014. – 20 с.
14. Забышный А.А. Дифференциальная диагностика герпетической ангины и герпетического стоматита у детей / А.А. Забышный // *Сборник статей*. – 2013. – № 1. – С. 291–293.
15. Замахина Е.В. Персистенция респираторных вирусов / Е.В. Замахина, О.В. Кладова // *Детские инфекции*. - 2009. - № 2. - С. 36-43.
16. Иванова В.В. Дифтерия у детей / В.В. Иванова. – СПб.: Политехника, 2000. – 255 с.
17. Кареткина Г.Н. Туляремия / Н.Г. Кареткина, Н.Д. Ющук // *Врач*. - 2006. - № 4. – С. 22-26.
18. Кашуба Э.А. Дифференциальная диагностика инфекционных за-

болеваний : методические рекомендации / Э.А. Кашиба, Т.Г. Дроздова, Л.В.Ханипова. - Тюмень, 2013. - 60 с.

19. Кривопустов С.П. Острый тонзиллофарингит у детей: вопросы дифференциальной диагностики и лечения / С.П. Кривопустов // Здоровье ребенка. - 2010. - № 1. - С.14-18.

20. Кунельская В.Я. К вопросу о клинике, диагностике и лечении кандидозной ангины / В.Я. Кунельская, К. Касимов // Вестн. оториноларингологии. - 1980. - № 4. - С. 50-52.

21. Меткевич Г.Л. Лейкозы у детей / Г.Л. Меткевич, С.А. Маякова. - М.: Практическая медицина, 2009. - 384 с.

22. Мубаракшина О.А. Острая боль в горле в практике терапевта: дифференциальная диагностика и принципы фармакотерапии / О.А. Мубаракшина // Фармакатека. - 2011. - № 18. - С. 12-16.

23. Пискунов Г.З., Анготоева И.Б. Острый тонзиллофарингит // Лечащий врач. - 2007. - № 2. - С. 14-18.

24. Плужников М.С. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты / М.С. Плужников. - СПб.: Диалог, 2005. - 206 с.

25. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: учеб. для вузов / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 816 с.

26. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин. - [2-е изд.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 816 с.

27. Попова С.П. Ошибки диагностики инфекционного мононуклеоза у взрослых / С.П. Попова, Н.Г. Безбородов // Земский врач. - 2014. - № 1. - С. 28-30.

28. Приказ МЗ СССР № 450 от 02.04.1986 г. "О мерах по предупреждению заболеваемости дифтерией".

29. Приказ МЗ РФ № 36 «О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии» от 03.02.1997 г.

30. Протоколи лікування дітей з гострими лейкозами. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 364 від 20.07.2005 р. - 52 с.

31. Руководство по инфекционным болезням. В 2-х кн. Кн.2 / под ред. К.В. Жданова - [4-е изд., доп. и перераб.]. - СПб: Фолиант, 2011. - 44 с.

32. Рязанцев С.В. Этиопатогенетическая терапия острых фарингитов: методические рекомендации / С.В. Рязанцев. - СПб., 2007. - 40 с.

33. Рязанцев С.В. Дифференциальная диагностика и лечение острого тонзиллофарингита: клинические рекомендации / С.В. Рязанцев, Д.П. Поляков, В.М. Свистушкин, И.М. Кириченко. - М., 2014. - 60 с.

34. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. - М.: Триада-Х, 2003. - 472 с.

35. Турьянов М.Х. Дифтерия / М.Х. Турьянов, Н.М. Беляева, А.Д. Царегородцев. – М.: Медикас, 1996. – 254 с.

36. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей: учебник / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 800 с.

37. Шайымбетов А.Т. Дифференциальная диагностика синдрома ангины при инфекционных заболеваниях у детей / А.Т. Шайымбытов [и др.] // *Universum: Медицина и фармакология : электрон. научн. журн.* - 2016. № 6 (28) . Режим доступа <http://7universum.com/ru/med/archive/item/3287> (дата обращения 12.07.2016)

38. Шарипова Е.В. Герпес – вирусные инфекции и инфекционный мононуклеоз (обзор литературы) / Е.В. Шарипова, И.В. Бабаченко // *Журнал инфектологии* – 2013. – Т. 5, № 2. – С. 5-11 с.

39. Ющук Н.Д. Инфекционные болезни: национальное руководство / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1030 с.

40. Kaushansky K.W. *Hematology* / K.W. Kaushansky. - [8th ed.]. - McGraw-Hill Professional, 2010. - 2460 p.

Резюме

Хабарова А.В., Соцкая Я.А. Дифференциальная диагностика синдрома ангины в практической деятельности семейного врача.

В данной обзорной статье представлены основные дифференциально - диагностические критерии заболеваний инфекционного и неинфекционного генеза, сопровождающихся синдромом ангины, что в настоящее время является актуальной проблемой в практике семейного врача.

Ключевые слова: синдром ангины, синдром острого тонзиллита, дифференциальная диагностика.

Резюме

Хабарова А.В., Соцка Я.А. Диференційна діагностика синдрому ангіни в практичній діяльності сімейного лікаря.

В оглядовій статті представлені основні диференційно - діагностичні критерії захворювань інфекційного та неінфекційного генезу, що супроводжуються синдромом ангіни, що в даний час є актуальною проблемою в практиці сімейного лікаря.

Ключові слова: синдром ангіни, синдром гострого тонзиліту, диференційна діагностика.

Summary

Khabarova A.V., Sotckaya Y.A. *Differential diagnosis of syndrome with angina in family doctor's practice.*

In this review article presents the main differential diagnostic's points of infection and noninfection diseases, accompanied by a syndrome of angina that is currently a topical issue in the practice of family doctor.

Key words: the syndrome of angina, acute tonsillitis, differential diagnosis.

Рецензент: доц., к.мед.н. В.В. Библик

**ТЕЗИСЫ
КОНФЕРЕНЦИИ**

УДК 614(477.61)

**СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЛУГАНЩИНЫ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX вв.****И. А. Березкина, О. Н. Диденко***ГУ «Луганский государственный медицинский университет»*

В первой половине XVIII в. в Донбассе началась разведка полезных ископаемых: в 1724 г. подьячим Г. Г. Капустинным обнаружены залежи каменного угля в районе Лисичьей балки, в 40-х гг. И. И. Морозов нашел руду и построил первые доменные печи, в конце XVIII в. началась добыча каменного угля в районе Лисичанска, в 1795 году развернулось строительство Луганского чугунолитейного завода, имело место интенсивное строительство железных дорог, способствовавшее разработке и использованию природных богатств Донбасса. Уже в конце XIX в. полноправно функционировали угольная, металлургическая, машиностроительная и другие отрасли промышленности, причем они почти полностью перешли в руки английских, французских, бельгийских, немецких владельцев-капиталистов. Это обусловило тяжелые условия труда и жизни рабочих, отсутствие техники безопасности, санитарно-гигиенических норм труда и медицинской помощи. Целые поселки состояли из казарм, хижин и ночлежек, более 40 % рабочих Донбасса жили в землянках. О тяжелых жилищных условиях рабочих говорилось и в выводах официальной комиссии. Теснота и скученность, грязь, недостаток воды благоприятствовали распространению среди рабочих холеры, чумы, брюшного тифа, оспы, заболеванию туберкулеза и другими болезнями.

Медицинские учреждения в Донбассе появились только в 60-х годах XIX в. В Славяносербском уезде действовала лишь одна больница военного ведомства (с 1871 г. – земская) на 30 коек, куда принимали, главным образом, низших военных чинов. В больнице работал один врач, на которого приходилось более 3000 человек, одно больничное место – на 1369 жителей, медицинская помощь была платной. Кроме того, в уезде было два фельдшера – в селах Петропавловке и Крымском, и пять человек, делавших прививки от оспы. С 90-х гг. XIX в. ситуация начала меняться, что было вызвано значительным повышением ассигнования на медицину.

Выделим следующие этапы развития «народного здравоохранения» Луганщины конца XIX в.: 1891 г. – переход от «разъездной» системы, при которой врачи передвигались по уезду и проводили лечение на дому, к стационарной; 1895 г. – земство построило отдельное здание для Луганской больницы; 1896 г. – штат медицинского персо-

нала в уезде – шесть участковых врачей, четыре больницы, при них четыре фельдшера, одиннадцать самостоятельных фельдшерских пунктов, учреждены врачебные советы, принята программа организации амбулаторных участков с радиусом охвата населения десять верст, а больниц – с радиусом охвата пятнадцать верст, оспопрививание проводили врачи; 1897 г. – в Луганскую больницу приглашен второй врач, построена вторая земская больница в Лозовой-Павловке. К 1914 г. на Луганщине (в Славяносербском уезде) действовало уже пятнадцать земских участков, практиковал двадцать один врач.

Таким образом, в начале 1914 г. в уезде действовали семь больниц на 158 коек, больницы работали с переполнением, увеличилось число операций, степень участия медицинского персонала при родах, проводились вакцинация и ревакцинация. Больничные здания были построены земством «по специальному плану с квартирами для врача и фельдшеров». При врачебном пункте имела аптека. Медикаменты приобретались земством два раза в год. Лекарства выписывались из Киева, перевязочный материал – из Луганска. Для коренных жителей лечение было бесплатное. Плата (30 коп. в сутки) взималась с больных из других уездов или губерний, а также промышленных предприятий. Доверие народа к земской медицине росло, о чем свидетельствуют «цифры обращаемости» больных за медицинской помощью (в течение 1913 г. обратились 130 тыс. человек).

Первичная медико-санитарная помощь являлась и является фундаментом системы оказания медицинской помощи, так как способна осуществлять наибольший вклад в формирование общественного здоровья, нести наибольшую ответственность за его потери.

УДК 615.8:616.314

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАННЕЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В РАБОТЕ СТОМАТОЛОГА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

В.В. Бибик, С.И. Гуриева, И.В. Бибик

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Проблема медицинской реабилитации в клинической стоматологии занимает одно из ведущих мест в системе лечебно-профилактической помощи населению. По мнению известных ученых в области стоматологии ХХ и ХХI веков, основными условиями успешного восстановления здоровья, функциональных нарушений зубо-

челюстной системы и трудоспособности пациентов, является раннее начало реабилитационных мероприятий, которые должны вливаться в лечебные мероприятия, обоснованное сочетание комплементарных методов, непрерывность и индивидуальный подход.

Стоматологическая реабилитация – одна из специализаций стоматологии, она входит в перечень навыков стоматолога общей практики, поскольку начинается с индивидуального подбора комплекса мероприятий конкретному больному (объем и последовательность ортопедических, пародонтологических, хирургических или терапевтических процедур).

Несмотря на это, стоматологическая реабилитация во многом отличается от других областей стоматологии, прежде всего своей многопрофильностью, что позволяет специалисту принимать разноплановые, чаще комбинированные терапевтические решения и создавать оптимальную программу лечения.

Как утверждают исследователи (Давыдов А.А. «Маэстро стоматологии» - №1 (57), 2015, стр. 34-39), до недавнего времени в арсенале практической стоматологии не было реабилитационной системы или методики, позволяющей любому заинтересованному врачу сочетать привычную стоматологическую практику с элементами реабилитации своих пациентов.

Опыт применения восстановительных мероприятий, при хронической форме гранулирующего, гранулематозного и фиброзного периодонтитаполучен в одной из стоматологических клиник.

Анализ 14 клинических случаев лечения пациентов по поводу различных видов хронического периодонтита в условиях стоматологической клиники показал достоверную эффективность применения ранней функциональной реабилитации с использованием комбинации индивидуального комплекса лечебной физкультуры и трансканального электрофореза.

Группу контроля составили 9 пациентов с воспалением периодонта, которые по разным субъективным причинам не смогли испытать данную комбинацию на фоне основных методов лечения.

Критериями эффективности лечения и сохранения зубо-челюстной функции стали: отсутствие боли при механическом воздействии, уменьшение отечных явлений, гиперемии, локальной гипертермии, снижение подвижности зуба, наличие эпителизации свищевого хода и регенерации костной ткани в очаге поражения, отсутствие зловонного запаха, а также эстетический вид.

В то время, когда эффективность раннего комбинированного функционального метода стоматологической реабилитации была подтверждена на основании выше перечисленных критериев у всех пациентов основной группы, длительность лечения пациентов группы контроля в среднем на 37% была дольше, при этом у 4 пациентов данной группы имели место различные осложнения и рецидивы.

Вывод: На основании клинического опыта рекомендовано применение ранней функциональной стоматологической реабилитации при помощи индивидуального комплекса лечебной физкультуры в комбинации с трансканальным электрофорезом при лечении периодонтита в работе стоматолога общей практики.

УДК 616.24-036.12-07-08

СИСТЕМНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ХОЗЛ

В.В. Бибик, Л.В. Зенина, В.Б. Ковалев, И.С. Ковалева

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Диагностика и лечение легочной гипертензии (ЛГ) имеют важное значение, т.к. предупреждают раннюю инвалидизацию и высокую смертность больных хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОЗЛ).

Целью настоящей работы явилось создание экспертной системы (ЭС) диагностики и лечения ЛГ, обеспечивающее унификацию диагностики, оптимизацию процессов реабилитации, уменьшение числа врачебных ошибок. В указанную ЭС входят 10 функциональных систем, формирующих базы данных, знаний и управляющие структуры.

Работа ЭС обеспечена синдромно - патогенетическими моделями, определяющими разнообразие форм и вариантов течения ЛГ, индивидуальные маршруты лечения больных.

По требованию пользователя ЭС объясняет алгоритм постановки диагноза, консультирует по вопросам лечения.

Клиническая апробация ЭС проведена у 75 больных ЛГ с верифицированным диагнозом. Результаты ее работы изучались путем сопоставления объема информации, анализируемой у одних и тех же больных специалистами и ЭС. Апробация системы показала возможности конкретизации, унификации диагностики качественно нового уровня лечения, уменьшения числа врачебных ошибок на 17%.

Системный подход с методологическими аппаратом поддержки принятия врачебных решений может служить основной для накопления значительного научно -практического материала для дальнейшего совершенствования знаний врачей и студентов по сердечно-сосудистой патологии у больных ХОЗЛ.

УДК 615.015:615.256.3

ФАРМАКОЛОГИЯ ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫХ СРЕДСТВ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Е.Ю. Бибик, И.А. Житина, Р.В. Ярошевский, О.Г.Ярошевская

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

О контрацепции известно с незапамятных времен. По мере развития общества вопросы предохранения от нежелательной беременности приобретают все большую актуальность, особенно в связи с общей тенденцией к раннему началу половой жизни.

Для большинства подростков, имеющих, как правило, нерегулярную половую жизнь, методом выбора контрацепции является презерватив. Он надежно предохраняет не только от зачатия, но и от инфекций, передающихся половым путем и при определенных условиях - от СПИДа. Низкодозированные оральные контрацептивы приемлемы для подростков, регулярно живущих половой жизнью. Условие - отсутствие экстрагенитальных заболеваний.

Женщинам 19-35 лет подходят все средства и методы контрацепции, но наиболее оптимальными считают ВМС. Этот метод дешевле и не требует постоянного самоконтроля, необходимого при приёме противозачаточных таблеток. В то же время, гормональная контрацепция низкодозированными комбинированными препаратами остаётся одним из самых эффективных методов предохранения, предупреждая нарушения менструального цикла, бесплодие, эндометриоз.

Для женщин 35-45 лет предпочтительны ВМС, однако они нередко противопоказаны в связи с наличием эрозии, миомы ит.д. Из-за курения, избыточной массы тела, эндокринологических заболеваний бывает осложнён и подбор гормональных контрацептивов, но предпочтение следует отдавать комбинированным противозачаточным таблеткам последнего поколения и трёхфазным препаратам. Для женщин 35-45 лет можно рекомендовать не таблетки, а гормональные средства, вживляемые под кожу и вводимые в уколах. Основное преимущество в том, что внутримышечное введение или вживление средства под кожу требует гораздо меньшего самоконтроля, чем ежедневный приём таблеток.

Основные трудности при выборе методов предохранения от беременности у женщин старше 45 лет связаны с имеющимися факторами риска (избыточная масса тела, курение, сопутствующие заболевания и др.). ВМС женщинам в возрасте 45-50 лет часто бывают противопоказаны в связи с различными экстрагенитальными заболеваниями. Гормональная контрацепция отличается не только высокой эффективностью, но и выраженными лечебными свойствами при ряде гинекологических заболеваний. Женщины, использующие этот метод, меньше подвержены остеопорозу, раку яичников и матки. Однако низкодозированные препараты последнего поколения оказывают гораздо меньше побочных эффектов, поэтому их применение не только возможно, но и полезно. Перспективно использование мини-пили, инъекционных средств, а также средств, вживляемых под кожу. Они не увеличивают риск развития тромбоза, не меняют артериальное давление, функции печени, обладают лечебным действием при наличии патологических изменений слизистой оболочки полости матки, миоме матки, эндометриозе. Женщинам, которым из-за состояния здоровья беременность запрещена, может быть показана хирургическая стерилизация.

Таким образом, существует огромный выбор методов контрацепции, но назначая метод контрацепции, необходим индивидуальный его подбор с учетом возраста женщины и наличия или отсутствия экстрагенитальных заболеваний, постоянного полового партнера и планов в отношении сроков будущей беременности, поскольку правильная и современная контрацепция позволяет сохранить репродуктивное здоровье женщины и будущей матери.

УДК 612.2-08 «312»

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Е.Ю. Бибик, О.Г. Ярошевская, И.А. Житина, И.А. Некраса

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Ежегодно, по данным ВОЗ, дети в среднем переносят от 5 до 8 острых заболеваний верхних дыхательных путей, большей частью легкого течения. Столь частые заболевания респираторного тракта объясняются многообразием этиологических факторов и высокой контагиозностью респираторных вирусов.

Специфическим противогриппозным действием обладают римантадин и его производные, озельтамивир и занамивир. Однако применение препаратов римантадина ограничено теми формами гриппозной инфекции, которые вызваны вирусом гриппа типа А. Следует обратить особое внимание на возрастные ограничения: в виде суспензии с альгинатом препарат может быть использован с 12-месячного возраста, а в форме таблеток – только у детей старше 7 лет. Препарат назначают внутрь, после еды. Озельтамивир и занамивир являются специфическими противогриппозными препаратами, которые избирательно ингибируют нейраминидазу вирусов гриппа типа А и В. Нейраминидаза вируса гриппа принимает активное участие в процессах вирусной репликации, а также в высвобождении дочерних вирионов из инфицированных клеток.

Учитывая, что максимальная эффективность специфических противогриппозных лекарственных средств достигается при их назначении в 1 – 2-е сутки с момента заболевания, становится понятной необходимость экстренной этиологической верификации респираторной инфекции уже при первичном обращении пациента. Однако из-за отсутствия доступных методов экспресс-диагностики гриппозной инфекции использование данных препаратов ограничено и может быть оправданно лишь в условиях эпидемического подъема заболеваемости гриппом.

Этиопатогенетическая терапия ОРВИ проводится препаратами интерферона и его индукторами. Интерфероны не только препятствуют вирусному инфицированию, но и подавляют репродукцию вирусов на стадии синтеза специфических белков. Среди препаратов интерферона выделяют природные интерфероны и рекомбинатные. К индукторам интерферона относят лекарственные препараты, повышающие способность клеток организма к синтезу эндогенного интерферона. К химиотерапевтическим индукторам эндогенного интерферона относятся амиксин, арбидол, циклоферон и др. Выбор конкретных препаратов интерферона и индукторов эндогенного интерферона для лечения ОРВИ у детей определяется возрастом ребенка, комплаентностью и индивидуальной переносимостью. У детей первого года жизни официально разрешены интерферон человеческий лейкоцитарный, виферон, гриппферон. Остальные препараты имеют возрастные ограничения. Так, арбидол может назначаться детям старше 3 лет, циклоферон – с 4-летнего возраста, амиксин – только детям старше 7 лет.

Следует подчеркнуть, что максимальный терапевтический эффект противовирусных препаратов возможен лишь при их своевременном назначении – с первых часов заболевания. При этом включение данных препаратов в комплексную терапию гриппа и ОРВИ позволяет не только существенно уменьшить выраженность воспалительных процессов и продолжительность заболевания, но и снижает в целом риск развития осложнений.

Цель симптоматической терапии при ОРВИ – уменьшение выраженности тех клинических проявлений заболевания, которые ухудшают самочувствие ребенка и могут привести к развитию осложнений.

Антипиретиками выбора у детей раннего возраста являются парацетамол и ибупрофен. При гипертермическом синдроме и других проявлениях токсикоза парентеральное введение антипиретика целесообразно комбинировать со спазмолитиками и антигистаминными препаратами. Применение ацетилсалициловой кислоты и ее производных при ОРВИ недопустимо в связи с высоким риском развития синдрома Рея.

Для купирования насморка у детей в возрасте до 12 лет должны использоваться местные деконгестанты. При их выборе предпочтение отдается препаратам с более длительным сохранением терапевтического эффекта и с меньшей цитотоксичностью. Следует отметить, что при нарушении рекомендованных режимов дозирования сосудосуживающих препаратов могут развиваться не только местные, но и системные нежелательные эффекты. Оптимальная продолжительность курсового применения деконгестантов не должна превышать 3–5 дней.

Выбор конкретных средств для лечения кашля проводится на основе детального анализа клинических особенностей. Оценивают его частоту, интенсивность, болезненность, наличие мокроты и ее характер. Так, при кашле с густой, вязкой, трудноотделяемой мокротой показано назначение муколитиков. В тех случаях, когда кашель редкий, а скудная мокрота не отличается высокой вязкостью, могут быть использованы отхаркивающие препараты. При этом у детей раннего возраста отхаркивающие препараты применять нужно с большой осторожностью, т.к. избыточная стимуляция рвотного и кашлевого центров может привести к аспирации, особенно если ребенок имеет поражение ЦНС. Абсолютными показаниями для назначения противокашлевых препаратов являются те случаи ОРВИ, при которых непродуктивный кашель носит приступообразный характер, нарушает сон и аппетит ребенка.

Антигистаминные препараты в рандомизированных испытаниях не показали эффективности в уменьшении насморка и заложенности носа. Надежных свидетельств о снижении респираторной заболеваемости под влиянием иммуномодуляторов, растительных препаратов или витамина С — нет, их испытания при ОРВИ показывают малодостоверный и маловыраженный эффект, они более уместны для лечения более тяжелых инфекций, таких как вирусные гепатиты. Анаферон, Эргоферон не имеют доказательств эффективности как в стране-производителе, так и в мировых базах данных.

УДК 615.2:616.1/4

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В АСПЕКТЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

А.В. Еремин, Л.Н. Аллянова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Современные схемы фармакотерапии большинства заболеваний подразумевают одновременное использование нескольких лекарственных средств. В этих условиях весьма актуальным становится вопрос о взаимодействии препаратов, поскольку одновременное назначение нескольких лекарственных средств может изменить терапевтическую эффективность, а также усилить их токсичность. В этом плане пациенты терапевтических отделений являются особенно уязвимыми, что обусловлено, прежде всего, значительным количеством используемых лекарственных средств, часто наличием нескольких хронических заболеваний, а также возрастом и состоянием пациентов. Всасывание в желудочно-кишечном тракте у пациентов терапевтических отделений обычно замедлено, что, опять-таки, может быть обусловлено наличием хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, возрастом пациентов.

Учитывая вышеизложенное, каждому врачу следует четко ориентироваться в фармакодинамике препаратов, хорошо знать их побочные действия. При необходимости, желательно проводить мониторинг концентрации препаратов в крови и добавлять новые препараты только в случае крайней необходимости. Помимо регистрации в истории болезни всех назначений, даже однократных, следует фиксировать и все необычные реакции на лекарственные средства. Подобная тактика позволит с большей вероятностью избежать развития отрицательных лекарственных взаимодействий.

УДК 61(091)

РАЗВИТИЕ ЛУГАНСКОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ.

С.Ю. Знагован, А.Н. Плахотник, Ю.В. Юсеф

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

История создания благотворительных обществ по оказанию скорой медицинской помощи в Европе относится к XV–XVIII вв. Примерно в это же время в России предпринимаются первые попытки оказания неотложной помощи, а в конце XIX века создается первая станция скорой помощи в Варшаве, которая на тот момент входила в состав Российской империи.

Попытки организовать неотложную помощь населению предпринимаются и в небольшом на то время Луганске. Уже в 1911 году по инициативе Луганской городской думы при поддержке частных лиц создается постоянный дезинфекционный отряд для борьбы с холерой, а также приобретает транспортное средство и дезинфекционная камера.

Октябрьская революция 1917 года и последовавшая за ней гражданская война разрушили, созданную силами горожан систему неотложной помощи.

Следующий этап развития станции скорой помощи начинается в 20-е годы XX века. В конце 1926 – начале 1927 года принимается решение о создании станции скорой помощи. Первая станция скорой помощи размещалась в здании бывшего постоянного двора, а ее штат состоял из 8 человек. Этот этап был связан с трудностями различного рода – от нехватки медикаментов до необоснованного вызова.

В годы Великой Отечественной войны станция скорой помощи продолжает свою работу до самой оккупации города фашистами. Многие врачи скорой помощи ушли на фронт и погибли на полях сражений.

Послевоенные годы были не менее трудными, чем годы становления. Однако, несмотря на трудности послевоенного времени, мощность станции непрерывно возрастала. В 1947 году в Луганске работали 4 выездные бригады станции скорой медицинской помощи, в 1957 году работало 7 бригад, в 1967 г. – 19, в 1977 г. – 30, в 1987 г. – 42. Создаются и специализированные бригады: противошоковая (с 1962 г.), кардиологическая (с 1964 г., к 1986 г. их было четыре), психоневрологическая (с 1968 г.), педиатрическая (с 1976 г.).

По состоянию на апрель 2007 года на станции скорой помощи работало 575 человек, из них: 130 врачей, 211 средних медработников, 126 во-

дителей. К её 80-летнему юбилею, станции было передано 7 новых машин скорой помощи. В 2013 году начинается реформирование службы скорой помощи – на базе Центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф создается единая сеть скорой помощи.

Летом 2014 года началась война, в результате чего многие врачи были вынуждены покинуть свою малую родину. В июне 2014 года на Луганской станции скорой помощи станции работало 365 человек, в августе – только 247. Однако служба скорой помощи продолжала работать и во время активных боевых действий.

В апреле 2015 года на базе Луганской станции скорой медицинской помощи был организован республиканский Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф.

Таким образом, в развитии службы скорой помощи можно выделить несколько этапов: дореволюционный этап, постреволюционный этап, послевоенный этап, современный этап после войны 2014 года.

УДК 616.747-002-009.7-08

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОДИСТРОФИЧЕСКОГО СИНДРОМА ЗУДЕКА В ПЕРВОЙ ФАЗЕ

О.В. Золотарёва, С.И. Ступченко, Л.Г. Панченко

Луганский республиканский врачебно-физкультурный диспансер

НДС - патологическое состояние, вызванное нарушением доставки, утилизации питательных веществ и удаления продуктов обмена вследствие нарушения трофической функции нервов в тканях, подвергшихся травматизации (от ушибов мягких тканей до переломов костей) или воспалительному процессу.

НДС развивается, как правило, в периферических отделах конечностей дистальные места травмы или воспаления. Страдают чаще женщины 50 -80 лет (83,4% случаев). Возникает синдром Зудека в среднем через 1 - 3 недели после травмы.

В клинической картине выделяют три фазы. Первая характеризуется появлением сильной боли, резко ограничивающей движения в конечности, выраженным отёком, гиперемией, повышением местной температуры в поражённой конечности.

Актуальность проблемы состоит в том, что в этой фазе редко назначается комплексное патогенетическое лечение. Помощь обычно ограничивается обезболиванием и иммобилизацией конечности

даже в случаях, не связанных с переломами. Не уделяется внимание борьбе с отёком, лимфостазом, что способствует переходу болезни в следующую фазу и, как следствие, к увеличению сроков восстановления до 4 – 6 месяцев.

Вторая фаза характеризуется сильной болью в кисти и пальцах, беспокоящую больных даже ночью, выраженным плотным отёком, который может распространяться проксимальнее места поражения. Кожа блестящая с цианотичным оттенком. При проверке болевой чувствительности (повышена), кожа легко травмируется, тактильная чувствительность снижена, потоотделение усилено. Часто отмечается усиленный рост ногтей. Они становятся ломкими, хрупкими, иногда темнеют. Суставы тугоподвижные, резко ограничено сгибание пальцев. Могут развиваться стойкие контрактуры.

Приводим клинический случай эффективной помощи пациентке в первой фазе болезни.

Больная С., 50 лет, обратилась 26.10.15г. с жалобами на сильную боль в правой руке, отёк, повышение температуры правой верхней конечности, резкое ограничение движений рукой из-за боли. 13.10.15 после длительной работы в саду ощутила боль средней интенсивности. На следующий день состояние улучшилось, работу в саду продолжала, боль периодически возвращалась. 23.10.15 вечером интенсивность боли 8-10 баллов. Ночью обратилась на станцию скорой помощи за обезболивающим. 24.10.15. к вечеру появился сильный отёк руки, из-за боли движения в руке стали невозможны, функционировали только пальцы.

Объективно: ЧМН-N. Прикосновения к правой руке болезненны, любые движения рукой невозможны из-за сильной боли (9-10 баллов). Отмечается гипертермия правой руки: температура правой подмышечной области 37.4, левой – 37.0. Сухожильные рефлексy с рук D=S, живые. Резкий отёк правой руки, больше выраженный в кисти. Кисть слегка гиперемированна. **Диагноз:** Нейродистрофический синдром Зудека правой руки, первая стадия.

Лечение было начато с общего лимфодренажного массажа, который проводился в течение трёх дней, затем массаж воротниковой зоны и рук №12. В/м введения диклофенака с последующим пероральным приёмом по 100мг/сут. прологированного действия в таблетках в течение 7 дней, в/в капельного введения L- лизина эсцината 10.0 на 50мл физраствора №3, мидакалма 150мг/сут. 7 дней, электрофореза с

лидокаином №10 (электроды накладывались паравертебрально справа - область правого плечевого сустава) магнитотерапии №10. Пациентка почувствовала себя лучше сразу после массажа: уменьшилась напряжённость в кисти, снизилась интенсивность боли.

27.10.15. Интенсивность боли 5 баллов при движении, в покое практически не беспокоит; отёк уменьшился, вырос объём движений. К лечению добавили сермион 30мг/сут. 1 месяц, лфк.

28.10.15. Отводит правую руку на 35-40 градусов, движение вперёд 45-50 градусов, назад- 20-25. Достает правой рукой до поясницы, по телу поднимает её выше на 10см. Чувствительность не нарушена, сила мышц 5 баллов. Одевается- раздевается самостоятельно. Сохраняется небольшой отёк.

30.10.15. Состояние улучшилось. Руку отводит до горизонтального уровня, вперёд 90-100 градусов, назад - 40.

02.11.15. Полный объём движений при подъёме конечности вверх, назад. Затруднено (на прежнем уровне) движение руки к лопатке.

13.11.15. Состояние значительно улучшилось. Ещё беспокоит периодическая ноющая боль в правом плече (2-3 балла), ощущение спицы в плече. Назначена ударно-волновая терапия №5 один раз в неделю, лазеротерапия №10, лфк продолжать, добавить плавание (басс), сермион 30 мг до 1 месяца.

С нашей точки зрения, представленное выше наблюдение за пациенткой, наглядно демонстрирует возможность значительного улучшения клинического состояния путём восстановления дренажной функции лимфатической системы, раннего назначения кинезиотерапии (лфк со второго дня лечения), физиотерапевтических процедур. Значительного сокращения сроков реабилитации, т.к. болезнь не переходит в следующую, вторую фазу, требующую более длительного лечения (до 4-6 месяцев). Мы считаем, что в случаях, связанных с переломами дистальных отделов конечностей и иммобилизацией, такая тактика лечения также была бы оправдана.

Таким образом, данный клинический случай продемонстрировал эффективность комплексного подхода к лечению НДС в первой фазе, включающего борьбу с отёком, лимфостазом, раннее назначение кинезотерапии, физиотерапии.

АЛГОРИТМ ПОДБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В.Б. Ковалев, И.С. Ковалева, Л.В. Зенина, Е.А. Кулеш

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

*ГУ «Луганский республиканский госпиталь ветеранов войны им.
маршала А.И. Еременко»*

Проблема артериальной гипертензии (АГ), формирующей вместе с ИБС около 60 % общей смертности, вполне очевидна и делает актуальным вопрос своевременной и адекватной антигипертензивной терапии (АГТ). В тоже время АГТ должна учитывать имеющиеся поражения органов-мишеней и способствовать замедлению их прогрессирования. Так, наличие у пациента с АГ снижения скорости клубочковой фильтрации (СКФ), т.е. хронической почечной недостаточности (ХПН) предъявляет к проводимой АГТ ряд требований. Здесь стоит подчеркнуть важность диагностики ХПН у больных с АГ на амбулаторном этапе. Для этого необходимо определение в крови уровня креатинина (для последующего расчета СКФ) и калия. В настоящее время врачи первичного звена сталкиваются с существенными трудностями в проведении лабораторной диагностики и не могут рутинно определять указанные параметры у всех пациентов с АГ. Поэтому стоит указать те клинические ситуации, при которых риск развития ХПН особенно велик, и выполнение вышеперечисленных исследований является обязательным:

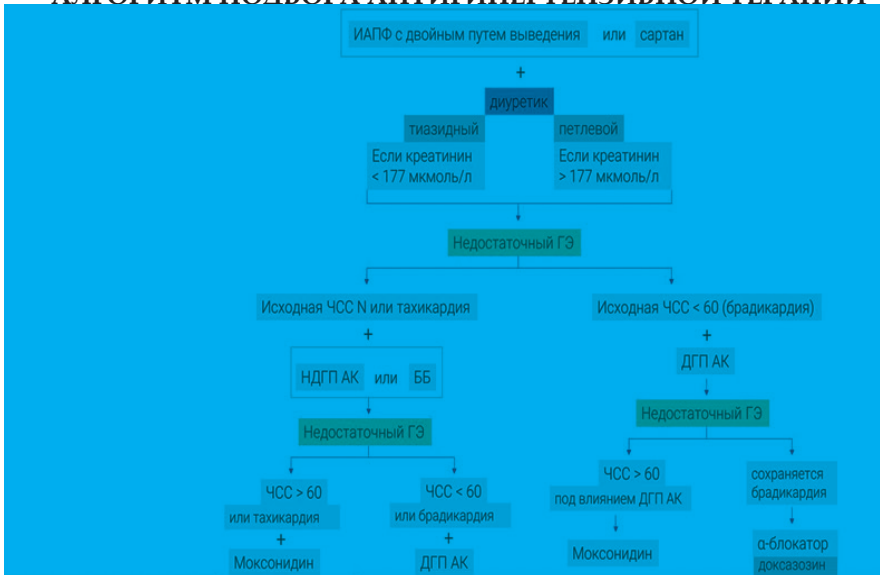
1. тяжелая, 3-й степени АГ, резистентная к проводимой терапии;
2. АГ с высокими цифрами диастолического давления;
3. АГ у больных с сахарным диабетом;
4. АГ у больных с выраженной сердечной недостаточностью;
5. АГ у пациентов, имеющих клинические, лабораторные и инструментальные признаки поражения почек;
6. АГ у больных с системными заболеваниями соединительной ткани и системными васкулитами;
7. Многолетняя АГ у пациентов пожилого и старческого возраста.

Общие требования к проведению АГТ у пациентов с сочетанием АГ и ХПН:

1. Целевые уровни АД – систолическое менее 130 мм.рт.ст, но не ниже 120 мм.рт.ст., диастолическое менее 80 мм.рт.ст. Это позволит за-

медлить прогрессирование ХПН. У лиц пожилого и старческого возраста могут быть допустимы уровни систолического АД – 140-160 мм.рт.ст.

АЛГОРИТМ ПОДБОРА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ



2. Использование комбинаций препаратов с двойным (печень/почка) или печеночным путем элиминации, снижающих внутригломерулярное давление, т.е. обладающих нефропротекторным эффектом:

- при отсутствии гиперкалиемии и терминальной ХПН (СКФ менее 15 мл/мин) терапия начинается с назначения ингибиторов АПФ (ИАПФ) с двойным (*спираприл, фозиноприл*) или преимущественно печеночным (*моэксиприл, трандалаприл*) путем выведения или *сартанов*. NB! *Телмисартан* – единственный из сартанов и блокаторов ренин-ангиотензиновой системы вообще, который можно назначать при СКФ менее 15 мл/мин.

- вместе с ИАПФ или сартаном обязательно назначается петлевой диуретик – *фуросемид, торасемид* (при уровне креатинина менее 177 мкмоль/л возможно назначение *тиазидных диуретиков*). Диуретики потенцируют действие ИАПФ/сартанов, устраняют риск гиперкалиемии.

- при недостаточном гипотензивном эффекте (ГЭ) вышеуказанной комбинации, к ней в зависимости от исходной ЧСС, сопутствующей патологии, возможных противопоказаний мо-

гут быть добавлены в различных сочетаниях антагонисты кальция (АК) – недигидропиридиновые (НДП) *верапамил, дилтиазем* или дигидропиридиновые (ДП) *амлодипин, лерканидипин*; бета-блокаторы (ББ) с вазодилатирующими свойствами (*карведилол, небивалол*); агонист имидазолиновых рецепторов центрального действия *моксонидин*, периферический альфа-адреноблокатор *доксазозин* (см. алгоритм).

При проведении АГТ у данной категории больных с целью недопущения ускорения прогрессирования ХПН и развития гиперкалиемии следует избегать назначения:

- антагонистов альдостерона – спиронолактона, эплеренона;
- сочетания ИАПФ и сартанов;
- ИАПФ с преимущественно почечным путем элиминации, особенно лизиноприла;
- ДП АК без параллельного назначения ИАПФ/сартана.

УДК 615.831+615.451]:616.314-08

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СВЕТОТЕРАПИИ И АЭРОЗОЛЬТЕРАПИИ ПРИ КУПИРОВАНИИ ОСТРОЙ БОЛИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

И.С. Ковалева, В.Б. Ковалев

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Светотерапия, или фототерапия – это применение в лечебных и профилактических целях света с определенными длинами волн (инфракрасных, видимых и УФ-лучей) от искусственных источников.

Аэрозольтерапия – это физиотерапевтический метод, основанный на использовании с лечебно-профилактическими и реабилитационными целями аэрозолей лекарственных веществ.

Впоследниегодыостростоитпроблемапоискановыхэкологически чистых и физиологически оправданных немедикаментозных методов анестезии в стоматологической практике, в связи с постоянно растущей аллергизацией населения. Применение полихроматического поляризованного света позволяет исключить лекарственную непереносимость и развитие аллергических реакций.

Цель. Исследование эффективности применения светотерапии в сочетании с аэрозольтерапией при купировании острой зубной боли.

Методы исследования. Прибор «Bioptron compact» излучает полихроматический поляризованный свет в волновом диапазоне от 480 до 3400 нм. Этот свет линейно поляризован и движется

лишь в одном направлении, длина его волн выше, чем у УФ-лучей, а энергетический диапазон ниже, чем у лазерного луча, что обеспечивает его безопасность для организма. Свет, излучаемый данным прибором, проникает в ткани на глубину до 2,5 см, стимулирует регенеративные процессы, нормализует кровообращение, обладает противовоспалительным эффектом.

Работа выполнена на базе кафедры внутренней и семейной медицины. В работе апробирован прибор для светотерапии «Bioptron compact» и аэрозоль – «Окси-спрей». Сочетанное воздействие светолечения и аэрозольтерапии применялось у 30 пациентов в возрасте от 20 до 65 лет с острой зубной болью. На обрабатываемую зону наносили «Окси-спрей». Затем в течение 6 минут проводили светотерапию пайлер-светом. Применяли как прямое воздействие на десну, так и через щеку, однократно. После процедуры повторно наносили «Окси-спрей».

Результаты. На фоне проведения процедур у 70% пациентов (21 человек) наблюдалось купирование острой зубной боли на протяжении 5 часов, у 20% (6 человек) – на 3,5 часа, у 6,7% (2 человека) – на 2 часа. У 3,3% (1 человек) пациентов острая боль не была купирована. При этом все пациенты отметили, что процедура достаточно комфортна, безболезненна, атравматична и гипоаллергенна.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что полихроматический поляризованный свет аппарата биоптрон компакт обладает выраженным аналгетическим действием и может использоваться при купировании острой боли в стоматологической практике, а ввиду простоты и безопасности его применения, можно рекомендовать в работе врача общей практики.

УДК 61(091)

ВЛАДИМИР ДАЛЬ – ЗЕМСКИЙ ВРАЧ, ПИСАТЕЛЬ, ЗЕМЛЯК О.А. Козикова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Талантливый человек – талантлив во всем! Всем нам известен этот афоризм. Изучая историю можно встретить значительное количество примеров личностей, которые подтверждают данное высказывание. Одним из таких разносторонних исторических деятелей можно по праву считать нашего соотечественника, Казака Луганского, Владимира Ивановича Даля. Некоторые знают его как этнографа, писателя, государственного деятеля, но был он по об-

разованию врачом, на протяжении всей жизни проявлял интерес к медицине. Образование по этой дисциплине он получил в Дерптском университете. Вместе с Владимиром Далем на медицинском факультете учились будущие знаменитости – хирурги Пирогов Николай Иванович, Иноземцев Федор Иванович, физиологи Филомафитский Алексей Матвеевичи другие. Находясь в Дерпте, Даль пристрастился к хирургии и, владея между многими способностями необыкновенною ловкостью в механических работах, скоро сделался и ловким оператором. Сокурсники вспоминали, что долгими вечерами Даль и Пирогов занимались в анатомическом зале топографической анатомией, оттачивая мастерство. Пирогов всегда удивлялся, с какой быстротой оперировал Даль. Владимир Иванович работал над диссертацией на степень доктора медицины, которую успешно защитил на два года раньше положенного срока, в связи с начавшейся русско-турецкой войной. Начал работу врачом во время войны Даль со свойственной ему добросовестностью и неизменным творческим подходом. Он на поле боя перевязывал, оперировал и, что очень важно, сортировал раненых по степени тяжести поражения. Мыслями о важности сортировки больных и раненых он позднее поделился с Пироговым, который не только поддержал начинание Владимира Ивановича, но и использовал в Севастопольской кампании и описал в книге «Начала общей военно-полевой хирургии». Вместе с русской армией Даль переходит через Балканы, продолжая оперировать в палаточных госпиталях и на поле боя. «Видел тысячу, другую раненых, которыми покрылось поле... резал, перевязывал, вынимал пули...». Друзья говорили, что у него две правые руки, его умелость и скорость операционной техники поражала даже опытных профессионалов. Именно это свойство при отсутствии обезболивающих средств нередко решало судьбу больного. Важно было по возможности избежать развития болевого шока, вовремя остановить кровопотерю, тем более в ситуации, когда еще не применялось переливание крови. Гораздо больше человеческих жизней, чем вражеские пули и ядра, уносили эпидемии холеры и чумы. Даль посещал холерные бараки, устраивал карантин, посты окуривания, заведовал чумным отделением. Анализируя причины эпидемий этих опасных болезней, Даль говорит, что в основании их лежит «царство сырости, неопрятности, нищеты и тесноты». После окончания войны, во врачебной карьере Владимира Ивановича Далия было два важных эпизода.

Один из них был связан с его увлечением офтальмохирургией, в которой, как и везде, Даль преуспел. Второй эпизод – его заинтересованность гомеопатией. Причем, данную науку на первых порах, он воспринимал не серьезно, а затем, вникнув, посвятил ей большую часть своих сил и знаний. Параллельно с медицинским вектором своей жизни, Даль развивал свою карьеру как госслужащего, как этнографа, однако, от своего призвания убежать он не мог. Врачей катастрофически не хватало, и к управляющему удельной конторой (должность Даля) шли лечиться. Он накладывал повязки, рвал зубы, вскрывал нарывы, и снова серьезно оперировал, удалял катаракты. В служебные поездки по краю в качестве чиновника он неизменно брал чемоданчик с медицинским инструментарием и лекарствами. Приходил в тёмные душные избёнки, чтобы дать лекарство от жара ребёнку или мужику, измученному лихорадкой. Знакомясь с биографией Владимира Даля, нельзя не вспомнить народную мудрость: «медицина – это не работа, медицина – это призвание!». И став его спутницей однажды, она не покинула Владимира Ивановича на протяжении всей жизни.

УДК 616.33+616.342]-002.44

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОФАНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК

А.С. Липатникова, Е.А.Холина

Луганский государственный медицинский университет

Значительная распространенность эрозивно-язвенных заболеваний двенадцатиперстной кишки, в том числе и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК), определяет необходимость повышения качества диагностики и лечения этой патологии. Согласно рекомендациям Маастрихтского консенсуса – 2, использование стандартных схем лечения позволяет достигнуть ремиссии. Но, несмотря на проведенную антихеликобактерную терапию в прошлом, все больше появляется пациентов с частыми рецидивами обострений ПЯДПК без наличия или с наличием бактерии *H. Pylori* (НР).

Сегодня появились многочисленные данные, которые доказывают, что хронический воспалительный процесс обусловлен не только повреждающим воздействием возбудителя на слизистую оболочку, но и развитием иммунодефицита. Под нашим наблюдением находилось 145 больных с ПЯДПК, в возрасте от 25 до 60 лет (среди них 63 женщины и 82 мужчины). Все обследованные

были разделены на две группы - основную и сопоставления, рандомизированы по возрасту, полу, длительности заболевания, частотой обострения ПЯДПК. В период обострения ПЯДПК всем обследованным назначали стандартные антихеликобактерные схемы лечения, пациентам основной группы дополнительно назначали иммунофан в течение 10 дней подряд.

Назначение иммунофана в комплексном лечении пациентов основной группы позволило полностью ликвидировать боли в эпигастрии, тошноту и снижение аппетита у 67 в конце 1 недели, по сравнению с 21 пациентом контрольной группы. На контрольной ФГДС (14-15 день лечения) у всех больных основной группы определялось полное рубцевание язвенного дефекта, а у пациентов контрольной группы - частичное рубцевание дефекта язвы с сохранением воспаления вокруг рубца.

При иммунологическом исследовании было установлено, что у больных основной группы отсутствовала Т-лимфопения и дисбаланс субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, был в пределах нормы уровень Т-хелперов (CD4) и иммунорегуляторного индекса CD4 / CD8. У больных контрольной группы, получавших стандартные схемы лечения, отмечалась некоторая положительная динамика иммунологических показателей, но они значительно отличались от аналогичных показателей у пациентов основной группы. Более чем у половины больных контрольной группы сохранились признаки вторичного иммунодефицита.

УДК 61(091)

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНЫ НА ЛУГАНЩИНЕ

А.Д. Луговсков

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Медицинская служба на Луганщине зародилась на литейном заводе и каменноугольном руднике еще на рубеже XVIII и XIX вв. Земская медицина в Славяносербском уезде известна с 70-х г. XIX в. В 1871 г. в уезде действовала земская больница на 30 коек. В ней имелся один врач. В селах Петропавловском и Крымском были созданы фельдшерские пункты.

Поначалу земским врачам приходилось странствовать по уезду с «ящиками лекарств от всех болезней». В 1891 году «разъездную» систему заменили стационарной. В 1895 году земство построило

отдельное здание для Луганской больницы. В 1896 году в уезде уже четыре больницы, при них четыре фельдшера, одиннадцать самостоятельных фельдшерских пунктов, учреждены врачебные советы, принята программа организации амбулаторных участков с радиусом охвата населения десять верст, а больниц – с радиусом охвата пятнадцать верст. В 1897 году в Луганской больнице работает уже два врача, а в Лозовой-Павловке строят еще одну земскую больницу. В начале XX века медицина на Луганщине развивается довольно быстро: в 1905 году уезд поделен на девять врачебных участков с десятью врачами, еще через пять лет количество участков достигает десяти, а в 1912 году открывается два новых участка, в уезд приглашают врача-лектора. В 1913 году при участках имеются специальные здания, где размещают больных, требующих постоянного наблюдения врача. К 1914 году в Славяносербском уезде имеется уже пятнадцать земских участков, работает 21 врач.

Земства строят больничные здания с квартирами для врача и фельдшеров. При врачебном пункте имелась аптека. Медикаменты приобретались земством два раза в год. Поставщиком лекарств было Южнорусское общество торговли аптекарскими товарами, перевязочный материал закупали в Луганске. Из различных источников становится известно, что лекарства выдавались больным бесплатно.

Местное население получало лечение бесплатно, а с больных, которые относились к другим уездам взималась плата – 30 копеек.

О доверии населения земской медицине свидетельствует рост обращаемости больных: в 1909 году в уезде был принят более 87 тысяч больных, в 1913 – почти 130 тысяч.

В январе 1914 года открывается больница в Крымском, летом того же года в больнице открывают инфекционное отделение.

С целью предупреждения эпидемий Славяносербское земство занимается устройством колодцев и приглашает санитарных врачей, которые не занимаются лечением больных, а обследуют фабрики, заводы, шахты, школы, наблюдают за исполнением санитарных постановлений. Проводит земство и просветительскую работу: врач-лектор ведет с населением беседы об инфекционных болезнях, о гигиене жилища, о водоснабжении.

К середине 20-х годов XX века на Луганщине планировали искоренить эпидемии и максимально обеспечить население медицинской помощью. Война 1914 года и последовавшая катастрофа 1917 года задержали реализацию экономических и социальных программ в России.

УДК 616.12-008.6:796.01

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МАЛОЙ АНОМАЛИИ СЕРДЦА
КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСФУНКЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ
ТКАНИ У СПОРТСМЕНОВ – ФУТБОЛИСТОВ****Н.В. Меженская, С.И. Ступченко***Государственное учреждение «Луганский республиканский врачебно-физкультурный диспансер»*

Цель. Аномальные (добавочные) хорды в полости левого желудочка – одно из многочисленных проявлений синдрома дисплазии соединительной ткани. Проблема малых аномалий сердца вызывает широкий интерес в связи с достаточно большим распространением в популяции и осложнениями, которые не всегда удается прогнозировать. Уровень развития современных диагностических технологий позволяет выявлять данное проявление ДСТ, что является актуальным для спорта больших достижений

Материалы и методы. Обследовано 37 спортсменов - футболистов (команда 1-я лига) мужчин. Средний возраст $24 \pm 7,9$ лет; спортивная квалификация: от 1-го взрослого разряда до мастера спорта; вес $78 \pm 9,43$ кг, продолжительность занятия спортом: $10 \pm 5,3$ года. В основу обследования в качестве скрининга было положено электрокардиографическое исследование, двумерная эхокардиография (ЭХО кг). Электрокардиограмма регистрировалась в общепринятых 12- отведениях на аппарате «Юкард-200». Эхокардиографическое обследование проводилось на аппарате «Mindray-DC 6» +PW,+CW (доплеровское исследование кровотока). Фракция выброса определялась по методу Симпсона, Тейхольца; определялся трансмитральный, транстрикуспидальный кровоток, потоки в выходных трактах правого и левого желудочков. Цифровые данные обрабатывались методами вариационной статистики.

Результаты исследования. В проведенном исследовании у 16 (43%) испытуемых при ЭХОкг в полости левого желудочка были выявлены аномальные (добавочные) хорды у 5 – верхушечные, у 1 – поперечная, у 10 – продольные хорды, у 2-мышечная трабекула дополнительная в области верхушки левого желудочка. Выявленные хорды не оказывали влияния на гемодинамические показатели ССС – нарушений диастолической функции левого желудочка выявлено не было: определялся трансмитральный диастолический поток в раннюю и позднюю диастолу ($VE\ 0,76 \pm 0,15\text{m/s}$, $VA\ 0,43 \pm 0,07\text{m/c}$. $VE/A\ 1,83 \pm 0,4$ DT 176 ± 9 ms, фракция выброса 64 ± 7

% МЖП $1,2 \pm 0,23$ см, ЗСЛЖ $1,1 \pm 0,2$ см. При регистрации ЭКГ у 2х(5.4%) испытуемых – синдром преждевременной реполяризации желудочков, у 4 (10%) ускоренный синусовый ритм (82-88 уд/мин) у 8(21%) нарушение процессов поздней реполяризации в области переднее – верхушечной стенке левого желудочка.

Выводы. Распространенность такого проявления дисфункции соединительной ткани, как добавочная хорда в полости левого желудочка, достигает высоких цифр (43%) у спортсменов – футболистов. Клинических проявлений, субъективных жалоб зарегистрировано не было, что требует проведение динамического наблюдения (после сборов, игр). В перспективе дальнейших исследований, целесообразно проследить за гемодинамическими показателями ССС (после интенсивной нагрузки), для исключения развития дезадаптации к высоким физическим нагрузкам на фоне ДСТ – дополнительных хорд левого желудочка.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛИ В СПИНЕ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

О.А. Пустовая¹, А.Ю. Пустовой¹, Т.П. Кравцова²

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»¹

ГУ «Луганская республиканская клиническая больница»²

Боль в спине является второй по частоте причиной обращения к семейному врачу. Чаще болями в спине страдают люди трудоспособного возраста, что связано с вредными и тяжелыми условиями труда, например в сельском хозяйстве, в угольной промышленности. Боль в спине – одна из наиболее частых причин снижения и потери трудоспособности, около 20% взрослого населения страдает от периодических болей в спине. Большинству больных ставится диагноз остеохондроз позвоночника, игнорируя дальнейшее обследование и выявление иных причин. Следует учесть, что многие пациенты могут иметь сочетанную соматическую и вертеброгенную патологию, и остеохондроз позвоночника нередко является фоновым заболеванием. В большинстве случаев боли в спине имеют доброкачественный характер, регрессируют после лечения нестероидными противовоспалительными препаратами. Затяжное, рецидивирующее течение болевого синдрома должно привлечь особо пристальное внимание и тщательное обследование пациента.

Целью работы является обсуждение пошаговой дифференциальной диагностики при болях в спине.

Первый этап: необходимо исключить висцеральную патологию, при которой боль имеет отраженный характер. Ряд заболеваний из этого списка имеет тяжелое течение, промедление в диагностике и лечении угрожает жизни больного. В этот ряд следует отнести: ишемическую болезнь сердца, инфаркт миокарда, расслаивающую аневризму аорты, болезни органов дыхания: пневмоторакс, пневмония, плеврит; болезни пищевода: эзофагоспазм, эзофагит, гастроэзофагальная рефлюксная болезнь; болезни органов брюшной полости: холецистит, язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, панкреатит, а также опоясывающий лишай (особенно в период до кожных высыпаний), заболевания почек и мочеполовой системы.

С этой целью первоочередными обследованиями являются ЭКГ, дуплексное сканирование сосудов (аорты), УЗИ внутренних органов, ФЭГДС, развернутый анализ крови, анализ мочи. Важен детальный анализ анамнеза, выявление связи болевого синдрома с обострением болезней внутренних органов, учет возраста больного, клинических данных помимо боли в спине.

Второй этап (после исключения соматической патологии) включает диагностику заболеваний позвоночника выяснение ведущего этиологического фактора. Это могут быть ряд заболеваний позвоночника:

1. Дегенеративно-дистрофические заболевания: остеохондроз (патология межпозвоночных дисков), спондилоартроз (патология межпозвоночных суставов), деформирующий спондилез (патология связочного аппарата);
2. Травматические повреждения позвоночника (переломы позвонков, вывихи, смещения), в этом случае важна временная связь болей с фактом травмы;
3. Первичные и метастатические опухоли позвонков;
4. Инфекционные заболевания позвоночника (туберкулезный спондилит, бруцеллез, эхинококкоз);
5. Болезнь Бехтерева;
6. Остеопороз и др.

Среди этих заболеваний преобладает остеохондроз, другие составляют в совокупности около 5-7%. Дообследование в этом случае включает нейровизуализацию позвоночника, компьютерная томография более информативна для исследования костных структур. Для диагностики нестабильности позвоночного столба применяется рентгенографическое исследование в прямой и боковой проекции в положениях флексии и экстензии исследуемого отдела позвоночника.

Третий этап включает диагностику заболеваний спинного мозга (экстракраниальные опухоли, сирингомиелия), проводится МРТ спинного мозга, при этом также хорошо визуализируются межпозвоночные диски, связочный аппарат. Этот этап имеет смысл при наличии неврологических синдромов: проводниковых и сегментарных расстройств чувствительности, парезов, параличей, нарушений тазовых функций. После обследования требуется консультация невропатолога и/или нейрохирурга.

Заключение: тщательный анализ состояний, вызвавших боль в спине позволяет исключить (или диагностировать) угрожающие жизни состояния, уточнить диагноз, назначить адекватное своевременное лечение, восстановить трудоспособность пациента.

УДК 615.244:616.36-08

ГЕПАТОПРОТЕКТОРЫ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

В.В. Рокотянская, И.Н. Чижевская

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»,

ГУ «Луганская городская многопрофильная больница № 3»

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире насчитывается более 2 млрд. человек страдающих заболеваниями печени, за последнее десятилетие наблюдается рост заболеваемости в 2-2,5 раза. Современный стиль жизни человека (стрессы, избыточное питание, низкая физическая активность, курение, алкоголь), окружающая экология, профессиональные факторы (гепатотропные яды) могут выступать факторами риска развития хронических заболеваний печени.

В связи с этим возрастает интерес к группе лекарственных средств – гепатопротекторы, действие которых направлено на восстановление гомеостаза в печени, повышение устойчивости органа к патогенным факторам, нормализацию функциональной активности и стимулирование репаративно-регенеративных процессов в печени.

Следует отметить, что в международной классификационной системе АТС Всемирной организации здравоохранения отсутствует объединение лекарственных препаратов под общим названием «гепатопротекторы» и в некоторых странах они условно отнесены к подгруппе А05В «Препараты для лечения заболеваний печени, липотропные вещества». Единой общепринятой классификации гепатопротекторов на сегодняшний день не существует, наиболее часто их разделяют в зависимости от происхождения, состава и механизма действия.

Для фармакологической коррекции различных заболеваний гепатобилиарной системы используются лекарственные средства растительного, животного происхождения, эссенциальных фосфолипидов, аминокислот, гомеопатические и антигомотоксичные средства и др.

Механизм действия большинства из них связывают с антиоксидантным эффектом, способностью подавлять процессы перекисного окисления липидов, нейтрализовать свободные радикалы, уменьшать расходование запасов глутатиона. Другие препараты являются строительным материалом липидного слоя клеток печени, восстанавливают структуру мембран гепатоцитов, оказывая мембраностабилизирующий эффект. Действие третьих направлено на повышение скорости синтеза и активности микросомальных ферментов, что способствует усилению биотрансформации веществ, активизирует метаболические процессы, ускоряя выведение из организма токсических веществ. Четвертые обладают широким спектром биологической активности, содержат комплекс витаминов, незаменимых аминокислот, повышают устойчивость организма к воздействию неблагоприятных факторов. Гепатопротекторы замедляют или подвергают обратному развитию фиброз печени (антифибротический эффект), способствуют регенерации ткани, оказывают противовоспалительный, иммуномоделирующий эффект. Выделить препараты с одним механизмом действия трудно, поскольку они обладают несколькими из вышеперечисленных.

Основные требования к идеальному гепатопротектору были сформулированы еще в начале 70-х годов прошлого столетия R.Preisig, а именно: достаточно полная абсорбция; наличие эффекта «первого прохождения» через печень; способность связывать или предупреждать образование высокоактивных повреждающих соединений; возможность уменьшать чрезмерно выраженное воспаление; подавление фиброгенеза; стимуляция регенерации печени; естественный метаболизм при патологии печени; экстенсивная энтерогепатическая циркуляция; отсутствие токсичности.

Сегодня ни один из гепатопротекторов, которые используются в медицинской практике, не соответствует в полной мере этим требованиям. Эффективность большинства препаратов не подтверждена клиническими испытаниями и требует дальнейшего изучения.

В Украине в 2015 году было зарегистрировано 40 торговых наименований гепатопротекторов [М.И.Марвек Медхат, В.В.Малый, А.Г.Мазуркевич], в России – более 80 [Плюснин С.В.].

При таком многообразии выбора перед практикующим врачом встает проблема подбора и назначения лекарственных средств, эффективность и безопасность которых подтверждена доказательной базой. Клинические протоколы, которые разработаны с учетом требований доказательной медицины, помогают врачу рационально выбрать лекарственное средство и эффективно действовать в конкретных клинических ситуациях. Особое место в профилактике заболеваний гепатобилиарной системы должно уделяться проведению санитарно-просветительной работы, формированию у населения здорового образа жизни, направленного на изменение прежних правил, которые касаются питания, вредных привычек, режима физической активности и отдыха, профилактики и лечения заболеваний органов пищеварения и других органов и систем.

УДК 616.127-005.8-08:615.825

ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Н.И. Сухоплюева

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Физическая реабилитация (ФР) имеет центральное значение в системе кардиореабилитации, так как позволяет больному восстановить физическую работоспособность, добиться клинической стабильности течения заболевания и, главное, вернуться к трудовой деятельности, привычным бытовым нагрузкам и социальной активности. Другое важное свойство ФР-снижение отдаленной летальности.

Положительное влияние физических тренировок (ФТ) на течение болезни объясняют их доказанными позитивными эффектами: увеличением коронарного кровотока, снижением потребности миокарда в кислороде, уменьшением эндотелиальной дисфункции, развитием коллатералей; снижением адгезии и агрегации тромбоцитов, концентрации фибриногена и вязкости крови, усилением фибринолиза; снижением уровня триглицеридов, холестерина липопротеидов низкой плотности, повышением холестерина липопротеидов высокой плотности, снижением уровня АД, степени ожирения, повышением чувствительности к инсулину и снижением риска развития сахарного диабета; повышением устойчивости к стрессу.

При выборе параметров ФТ необходимо учитывать обширность и наличие осложнений инфаркта миокарда (ИМ), коморбидную патологию, наличие сердечной и дыхательной недостаточности, индивидуальные возможности пациента.

ФР должна начинаться с первых дней развития ИМ в виде лечебной гимнастики с использованием дыхательных упражнений, упражнений для мелких и средних мышечных групп. Начинать ФТ следует после стабилизации клинического состояния и появления возможности определения толерантности к физическим нагрузкам (ФН). Уровень ФН должен возрастать постепенно в соответствии с функциональными возможностями сердечно-сосудистой системы больного.

При определении двигательного режима на поликлиническом этапе следует учитывать все виды физической активности пациента в течение дня, в том числе бытовую и профессиональную. Избыточные ФТ могут повышать риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО). Только регулярные ФТ способствуют адаптации к физическим нагрузкам.

При проведении ФР используют различные виды ФТ: лечебную гимнастику в щадящем и тренирующем режимах, занятия на тренажерах, дозированную ходьбу. Дозированная ходьба - наиболее предпочтительный метод домашних ФТ, вполне безопасный вид двигательной активности с точки зрения риска развития ССО.

Контроль состояния больных перед началом и во время ФТ - обязательное условие, обеспечивающее их безопасность. В процессе ФТ простыми и достаточно информативными методами текущего контроля клинического состояния больных являются опрос, осмотр, измерение АД и пульса. Желательно постоянно контролировать ЭКГ, особенно у больных с высоким риском ССО. При использовании в качестве тренировочной ФН дозированной ходьбы частота сердечных сокращений является основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Пациенты должны быть обучены элементам самоконтроля.

УДК 615:[616.36-03.826+16.366-002.2]-08

РОЛЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ФИТОПРЕПАРАТА ИМУПРЕТ И МЕТАБОЛИЧЕСКИ АКТИВНОГО ПРЕПАРАТА АЛЬФА-ЛИПОНА БОЛЬНЫМ СОСТАЕТОЗОМ ПЕЧЕНИ, СОЧЕТАНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМ НЕКАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

А.Н. Трофименко, Е.А. Трофименко, А.В. Павлова

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

Было обследовано 96 пациентов со стеатозом печени (СП), сочетанным с хроническим некалькулезным холециститом (ХНХ)

в возрасте от 25 до 50 лет. Обследованные больные были разделены на две равные по возрасту, полу и клиническому течению болезни группы: основную группу и группу сравнения, включающие в себя по 48 больных. Пациенты основной группы в комплексном лечении получали в течение 30 дней иммуномодулирующее фитопрепарат Имупрет по 15-20 капель 2-3 раза в сутки, и метаболически активный и гепатопротекторный препарат альфа-липон внутрь по 0,6-0,9 г 1 раз в сутки утром после завтрака. Больные из группы сравнения получали только общепринятое лечение.

До начала курса лечения у обследованных больных обеих групп были однотипные изменения со стороны иммунологических показателей. Так, до начала лечения количество Т-лимфоцитов (CD3+) у обследованных больных была снижена в относительном подсчете в 1,5 раза ($P < 0,01$), а в абсолютном - в 1,6 раза ($P < 0,001$). Число Т-хелперов (CD4+) снижалось в среднем в 1,3 раза и в 1,43 раза в абсолютном ($P < 0,01$). При этом количество Т-супрессоров (CD8+) в обеих группах сохранялось в пределах нормы. Исходя из этого иммунорегуляторный индекс CD4/CD8 в обеих группах был достоверно снижен ($P < 0,01$).

Концентрация ЦИК в сыворотке крови у больных основной группы составляла $3,28 \pm 0,09$ г/л, что было в среднем в 1,7 раза больше нормы ($P < 0,001$); в группе сравнения этот показатель составил $3,16 \pm 0,11$ г/л, то есть был в 1,68 раза выше нормы ($P < 0,001$). Итак, в обеих группах обследованных больных до лечения отмечалось четко выраженное иммунодефицитное состояние, преимущественно по относительно-му супрессорному варианту, а также существенное повышение концентрации ЦИК, что свидетельствовало о наличии иммунотоксикоза. После завершения курса лечения, было установлено, что в основной группе, получавшей в комплексе лечения Имупрет и альфа-липон, имела место практически полная нормализация иммунологических показателей. В группе сравнения отмечалась некоторая тенденция к нормализации изученных иммунологических показателей, однако существенно менее выраженная. Таким образом, использование Имупрет и альфа-липона в комплексе лечения больных СП, сочетанным с ХНХ, патогенетически обосновано, поскольку способствует нормализации иммунологических показателей.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ**«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов.**

1. К публикации в сборнике принимаются рукописи, содержащие результаты оригинальных биологических, медицинских, фармацевтических исследований, лекции, обзоры литературы, клинические наблюдения, научную информацию, рецензии и другие материалы, которые ранее не были опубликованы.

2. Язык публикации - русский, украинский, английский.

3. Статья печатается в формате А4 (поля: левое - 3 см, правое - 1,5 см, верхнее и нижнее - по 2 см) через 1,5 интервала в текстовом редакторе Word for Windows без ручных переносов шрифтом Times New Roman Cyr 14 . Обязательно следует указывать почтовый адрес, телефон, желательный адрес электронной почты того, с которым будет вестись переписка.

4. Каждая статья в начале должна нести следующую информацию: индекс УДК, название без использования аббревиатур, инициалы и фамилии авторов, учреждение, где выполнялась работа.

5. Текст оригинальных исследований имеет следующие разделы: введение, цель, материалы и методы исследования, полученные результаты и их обсуждение, выводы.

6. Обязательно указывается связь работы с научными планами, программами, темами.

7. В конце публикуются резюме и ключевые слова (3-5 слов или словосочетаний) на трех языках (украинском, русском и английском). Каждое резюме должно иметь объем до 200 слов и содержать фамилии авторов, название работы, освещать цель исследования, методы, результаты и выводы.

8. Материал может иллюстрироваться таблицами (желательно не массивные), рисунками, диаграммами, микрофото и др. Иллюстрации приводятся после их первого упоминания.

9. Выводы имеют перспективы дальнейших исследований.

10. Список литературы оригинальных работ должен быть объемом 10-20 источников (не менее 2-х латиницей), обзоров, лекций - 40 источников. Расположение источников - по алфавиту или по упоминания в тексте. Ссылка на библиографические источники в тексте даются в квадратных скобках. Сначала приводятся работы на украинском и русском языках, затем - иностранными в оригинальной транскрипции. Оформление перечня литературы проводится в соответствии с требованиями Государственного стандарта 2006 года (бюл.ВАК 2008, № 3).

11. Сведения о авторах (приводятся на русском и английском языках):

- Фамилия, имя, отчество автора (авторов) полностью,

- Место работы каждого автора,

- контактная информация (e-mail) для каждого автора.

«Проблемы экологической и медицинской генетики и клинической иммунологии»: сборник научных трудов. - Луганск, 2016. - Выпуск 5 (137). - 222 с.

П $\frac{21 - 48}{03}$ Без об'яви

УДК 575.8:573.2:612.112.95

Адрес редакции: Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет», кв. 50-летия Обороны Луганска, 1, г. Луганск, 91045.

Editorial address: LGMU, 50-let Oborony Luganska, 1, Lugansk, 91045

Сайт издания: <http://ecoproblemlug.ucoz.ua/>

Главный редактор:

доктор мед. наук, профессор Я.А. Соцкая

Контактный телефон: 050-98-20-895

Ответственный секретарь выпуска:

канд. мед. наук Ю.В. Сидоренко

Контактный телефон: 050-233-07-39

Электронный адрес: siderman@ukr.net

Подписано к печати 11.12.2016.

Формат 60x84/16. Бумага офсетная. Book Antiqua.

Печать *RISO*. Условн. печатн. листов 18,08.

Тираж 100 экз. Заказ 87.

Цена договорная.