

После консультации онколога, получения информации о морфологической характеристике опухоли, определения точной локализации и объема метастатических поражений, оценки общего состояния, вероятного токсического эффекта применяемых ранее лекарственных средств, оценки перспективы применения специализированной медицинской помощи участковый врач формирует план курации пациента.

При решении о возможности применения паллиативного специального лечения больной направляется в специализированную онкологическую или другую медицинскую организацию. Когда резервы противоопухолевой терапии исчерпаны, проводится симптоматическое лечение.

Рациональность паллиативной помощи зависит от правильного определения точек ее приложения.

Таким образом, актуален пересмотр подходов к тактике курации онкологических больных IV клинической группы на основе анализа у каждого больного прогнозируемых последствий, предполагаемых сроков дожития, посиндромного паллиативного лечения, обеспечения приемлемого качества жизни. Вероятно, от термина «инкурабельный больной» необходимо отказаться, так как оказание паллиативных медицинских пособий означает курабельность.

Для формирования стандартов тактики курации генерализованных онкологических больных целесообразно построение причинно-следственных диаграмм нарушений гомеостаза при распространенных формах рака.

Литература

1. Состояние паллиативной помощи онкологическим больным Российской Федерации на рубеже столетий / В.И. Чиссов, Н.А. Осипова, В.В. Старинский и др. // Паллиативная медицина и реабилитация. – 2001. - № 2 – 3. – с. 6 – 8.
2. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным. Том I – II / Под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова; М: Фонд паллиативная медицина и реабилитация», 2004. – с. – 191.
3. Н.Р. Колосова, Б.Б. Кравец, А.Н. Попов, Е.Ю. Устинова Роль участкового терапевта в курации онкологических больных IV клинической группы // Воронеж. – 2013г. – с.159.

Полунина В.В.¹, Ипатов А.А.², Павлова С.В.³

¹Профессор, доктор медицинских наук, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова; ²аспирант, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, ³старший преподаватель, кандидат медицинских наук, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Целью настоящего исследования изучение эффективности комплексного лечения запоров у детей. Было проведено сравнительный анализ эффективности методов лечения острых запоров у детей в возрасте 4-12 лет с использованием иглорефлексотерапии и изолированного медикаментозного лечения. Комплексное и своевременное лечение острых запоров у детей достоверно снижает риск формирования хронической формы заболевания.

Ключевые слова: острый запор, дети, рефлексотерапия, комплексное лечение, эффективность лечения.

Polunina V.V.¹, Ipatov A.A.², Pavlova S.V.³

¹Professor, MD, Pirogov Russian National Research Medical University, ²Postgraduate student, Pirogov Russian National Research Medical University, ³senior Lecturer, PhD, Pirogov Russian National Research Medical University

ACUPUNCTURE IN TREATMENT OF CONSTIPATION IN CHILDREN

The purpose of this research to study the effectiveness of complex treatment of constipation in children. It was a comparative analysis of the effectiveness of treatments for acute constipation in children in age from 4 to 12 years using acupuncture and isolated medical treatment. Comprehensive and timely treatment of acute constipation in children significantly reduces the risk of developing chronic forms of the disease.

Keywords: acute constipation, children, reflexology, comprehensive treatment, the effectiveness of treatment.

Частота встречаемости запора у детей в Российской Федерации составляет около 25–30% [1, 2]. Выбор тактики лечения запоров является непростым, несмотря на широкий арсенал лекарственных средств, используемых в терапии этой патологии у детей, из-за сложности механизма формирования задержки стула, а также в связи с тем, что многие препараты, в том числе и слабительные средства, используемые для коррекции акта дефекации, не применяются в детской практике из-за побочных эффектов. Поэтому в настоящее время более широкое применение в лечении запора находят немедикаментозные методы лечения, такие как: магнитоимпульсная стимуляция, индуктотермия, дециметроволновая терапия, диадинамотерапия, синусоидальные модулированные токи, интерференционные токи, криомассаж, БОС-терапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия.

Известно, что лечебная тактика при запорах у детей должна учитывать ряд факторов, среди которых: причины, вызывающие запор, патогенетические механизмы их формирования, функциональное состояние прямой кишки, включая ее сфинктерный аппарат, психосоматические и социальные условия жизни ребенка. Дифференцированный подход к выбору комплекса лечебно-восстановительных мероприятий при данной патологии, учитывающий все вышеперечисленное, позволяет выбрать наиболее эффективный способ лечения. Является очевидным тот факт, что рефлексотерапия наиболее эффективна при лечении заболеваний функционального характера. Поэтому, рефлексотерапия может быть применена в детской практике с большей результативностью, так как у детей многие заболевания, в том числе и запор, носят функциональный характер.

В исследовании принимало участие 66 детей в возрасте от 4 до 15 лет с длительностью запора от 5 дней до 4 месяцев от момента острой задержки стула. Все дети наблюдались и проходили лечение в детской поликлинике №39. Распределение детей с острым запором по возрасту и полу представлено в таблице №1.

Таблица 1 Распределение детей с острыми запорами по возрасту и полу

Показатель	Возраст						Всего		
	4-6 лет		7-11 лет		12-15 лет				
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	
Пол	м	15	65,2%	17	56,7%	5	38,5%	37	56,1%
	ж	8	34,8%	13	43,3%	8	61,5%	29	43,9%
Всего		23	34,8%	30	45,5%	13	19,7%	66	100,0%
Средний возраст, г	5,6±0,3		8,9±0,4		13,1±0,2		9,2±0,6		

При анализе полученных данных было отмечено, что среди детей, наблюдавшихся с острыми запорами, преобладали дети в возрасте от 7 до 11 лет, в дошкольном и подростковом возрасте их количество было несколько меньше, причём в дошкольной и младшей школьной возрастными группами преобладали мальчики. Дети в возрасте от 12 до 15 лет с данной проблемой обращались к врачу значительно реже (19,7% от наблюдаемых детей), что связано с их характерологическими особенностями в этот возрастной период. Среди больных этого возраста девочек было больше, чем мальчиков.

При изучении пусковых факторов в возникновении запоров были выделены следующие: прием медикаментов – 32 ребенка; на последствия кишечной инфекции – 17 детей; стрессовых ситуаций – 14 детей, гипертермии – 3 ребенка. Распределение детей в зависимости от предполагаемого пускового фактора в развитии запора представлено на рисунке 2.



Рис 2. Причины возникновения острого запора у обследованных детей в %

В зависимости от тактики наблюдения и лечения в амбулаторных условиях все дети были разделены на 3 группы.

I группа – 22 ребенка, находившихся под постоянным наблюдением педиатра от момента обращения в течение 1 года и получавших базисную терапию. II группа – 21 ребенок, которые также находились под постоянным наблюдением педиатра и помимо базисной терапии получили курс рефлексотерапии. III группа – 23 ребенка с различными сроками обращения к педиатру по поводу острого запора, которые после первого курса базисной терапии на находились под наблюдением врача.

Тактика лечения, направленная на коррекцию острого запора зависит не только от возраста ребенка и клинической симптоматики, но и от ряда показателей, среди которых важнейшими являются: причины, послужившие триггером задержки стула или их последствия а также сроки обращения к специалисту и начала необходимой терапии; объём проведённого обследования и качество диспансерного наблюдения за этой категорией больных. При этом лечение острого запора должно быть не только комплексным, но и индивидуальным как по объёму проводимой терапии, так и по её длительности.

Базисная терапия включала: нормализацию режима питания и дефекации ребенка, коррекцию пищевого рациона, рекомендации по специальной гимнастике при запорах, а также прием лекарственных препаратов.

В качестве медикаментозной терапии мы использовали слабительные средства, к которым в педиатрической практике предъявляются особые требования по эффективности и безопасности. К таким средствам, прежде всего, относится лактулоза. Этот дисахарид является активным веществом ряда препаратов, относящихся к разряду осмотических слабительных, и сегодня широко применяется при лечении запоров любого генеза как у детей, так и у взрослых. Лактулоза также увеличивает секрецию желчи в просвет тонкой кишки. Пребиотический эффект лактулозы особенно актуален при лечении острого запора, который, сопровождался нарушениями микрофлоры кишечника у 84,5% наблюдаемых детей.

В нашем исследовании мы использовали Нормазе, которая хорошо показала себя при лечении запоров. По мнению специалистов Нормазе не только стимулирует моторику толстой кишки и способствует нормализации состава кишечной микрофлоры, но и выводит токсические вещества, не раздражает слизистую оболочку кишки, не вызывая при этом привыкания и аллергических реакций. В нашем исследовании мы назначали Нормазе детям в возрасте от 4 до 6 лет в дозе от 5 до 10 мл 2-3 раза в день, а старше 6 лет – 10-15 мл 2-3 раза в день. Длительность применения зависела от сроков достижения стабильно регулярного стула.

Болевой синдром на фоне гипомоторной дискинезии толстой кишки определял назначение прокинетики – антагонистов дофамина (Мотилиум), а гипермоторной дискинезии – селективных холинолитиков (Бускопан) или миотропных спазмолитиков с прямым действием на гладкую мускулатуру (Дюспаталин).

Детям II группы помимо базисной терапии проводилась рефлексотерапия, которая была направлена на нормализацию моторно-эвакуаторной функции толстого кишечника, уменьшение абдоминальных болей, метеоризма. В механизме действия рефлексотерапия большое значение имеют нейрогуморальные факторы, отмечается усиление обменных процессов, выделение биологически активных соединений, блокируются болевые ощущения, нормализуется моторика желудочно-кишечного тракта [3,4].

Рефлексотерапия проводилась тремя курсами в 10-12 процедур, которые проводились ежедневно с перерывом на выходные. Повторный курс проводился через 2-3 недели. Следующий курс лечения назначался через 6 месяцев. Рефлексотерапия включала в себя разные способы воздействия на акупунктурные точки: поверхностную иглотерапию с помощью массажного валика, корпоральную и аурикулярную иглотерапию, сегментарный массаж области живота.

Поверхностная иглотерапия проводилась на область спины вдоль о паравертебральных линиях, что оказывало общеукрепляющее действие, а также на область живота для уменьшения явлений метеоризма и болевого синдрома. Корпоральное и аурикулярное иглоукалывание оказывало специфическое и сегментарное действие. Для улучшения моторно-эвакуаторной функции кишечника [4,5,6] использовались местные точки в области живота, расположенные на переднесрединном меридиане, меридианах желудка, селезенки и почек: VC12 чжун-вань, VC6 ци-хай, VC4гуань-юань, E21 лян-мэнь, E25 тянь-шу, RP15 да-хэн, RP16 фу-ай, R16 хуан-шу, а также отдаленные точки: E36 цзу-сан-ли, GI10 шоу-сан-ли, GI11 цюй-чи, R3 тай-си, R6 чжао-хай, GI2 эр-цзянь, GI5 ян-си, GI4 хэ-гу, TR6 чжи-гоу, V25 да-чан-шу, V27 сяо-чан-шу, V23 шэнь-шу, V20 пи-шу, V21 вэй-шу.

На ушной раковине применялись следующие точки: AP13 надпочечник, AP 51 симпатическая нервная система, AP55 шэнь-мэнь, AP 81 прямая кишка, AP91 толстая кишка, AP89 тонкая кишка, AP87 желудок, AP51 симпатическая, AP43 живот, AP194 три части туловища, AP55шэнь-мэнь, AP109 нижняя часть живота, AP110 верхняя часть живота, AP95 почка, AP98 селезенка, AP97 печень, AP34 кора головного мозга, AP117 запор.

При наличии симптомов метеоризма использовались следующие точки: VC14 цзюй-цюе, VC6 ци-хай, R17 шан-цюй, RP2 да-ду, R10 инь-гу, RP4 гунь-сунь, F14 ци-мэнь, VB41 цзу-лин-ци. При наличии болевого синдрома использовались точки: VC12 чжун-вань, V45 и-си, E34 лян-цю, E36 цзу-сан-ли, E44 нэй-тин, VB38 ян-фу, VB43 ся-си [11].

Сегментарный массаж в области живота проводился после иглоукалывания в течение 4-5 минут: поглаживающие в начале и затем разминающие движения по ходу кишечника от нижнего левого угла живота вверх и вправо над пупком и затем вниз до сигмовидной кишки, круговые движения вокруг пупка 10 раз по и против часовой стрелки, с акцентом в точках E25 тянь-шу, VC12 чжун-вань, VC6 ци-хай, VC4 гунь-юань [7]. Точка E25 тянь-шу особенно эффективна при наличии болевых ощущений.

Сеансы рефлексотерапии проводились ежедневно, продолжительностью 10-15 минут в зависимости от возраста детей, в один сеанс использовалось 5-7 корпоральных и 2-3 аурикулярных точки. Точки выбирались с учетом жалоб и осмотра пациентов на момент лечения. Пациентам дома рекомендовался ежедневный массаж стоп с помощью скалки или стеклянной бутылки, которую необходимо было перекачивать с нажимом вперед назад в течение 3-5 минут в утренние часы.

Катамнестический анамнез показал, что в первой группе отмечалась стойкая нормализация акта дефекации к концу первого месяца лечения у 16 детей, у 2 детей она была получена к третьему месяцу лечения. У 4 детей, в том числе у 2 с энкопрозом, несмотря на положительную динамику, не удалось достичь ремиссии заболевания, что послужило основанием для госпитализации и дополнительного обследования.

Через 1 год наблюдения из 18 детей с полной клинической ремиссией заболевания к третьему месяцу лечения, несмотря на регулярное наблюдение и профилактические мероприятия, у 4 детей периодически вновь отмечалась задержка стула, что также послужило основанием для госпитализации и обследования.

Таким образом, спустя 1 год у 8 детей I группы было диагностировано хроническое течение заболевания, протекающее у 1 ребенка на фоне мегаректума, у 3 детей – долихосигмы и у 4 детей как функциональная патология.

У II группы отмечалась стойкая нормализация дефекации у 17 детей через 1 месяц после лечения, у 3 детей она была получена через 3 месяца лечения, а 1 ребенка с энкопрозом не удалось достичь ремиссии заболевания, что также послужило основанием для госпитализации.

Через 1 год наблюдения из 20 детей с полной клинической ремиссией заболевания к 3 месяцу лечения, несмотря на регулярное наблюдение и профилактические мероприятия, у 4 детей периодически вновь отмечалась задержка стула, что послужило основанием для госпитализации и обследования.

У III группы имело место более позднее обращение к педиатру по поводу задержки стула после первого эпизода. 14 детей из 23 обратились к концу первого месяца, а 5 детей – на третьем месяце заболевания. Из них 2 ребенка жаловались не на запор (хотя он у них имел место), а на энкопрез.

Всем детям этой группы была назначена базисная терапия. Нормализация акта дефекации к концу первого месяца лечения состоялась только у 9 детей, а к третьему месяцу ещё у 3 детей. 5 детей в связи с отсутствием положительной динамики и продолжающимся у 2 из них энкопрозом, были направлены в стационар. После проведенного первого курса лечения 6 детей больше не обращались к педиатру за медицинской помощью.

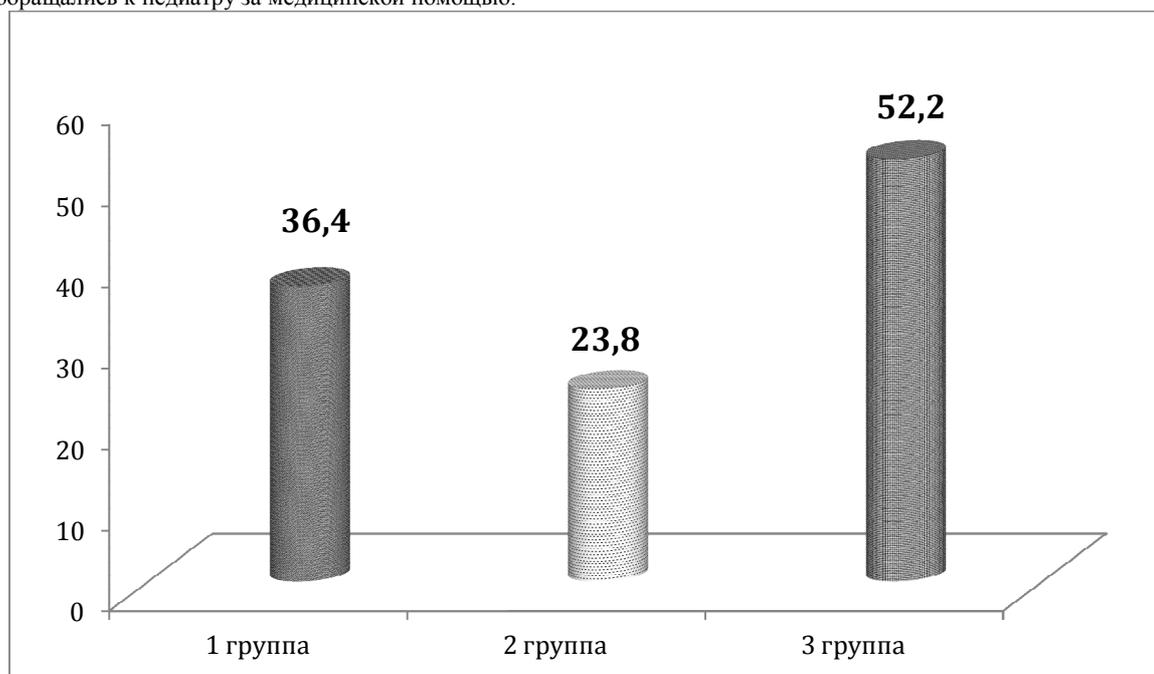


Рис. 2 Частота формирования хронического запора у обследуемых детей (на 100 детей)

Через 1 год из 12 детей с клинической ремиссией заболевания к третьему месяцу лечения, у 6 детей из них сформировался хронический запор. Из 5 детей, обследованных в стационаре, трое также страдали хроническим запором, а из 6 детей, не наблюдавшихся у врача, трое детей продолжали страдать задержкой стула, причем у одного из них появился энкопрез. Таким образом, из 23 детей III группы у 12 детей сформировался хронический запор, причем у 3 из них он протекал с энкопрозом.

Сравнение эффективности лечения детей с острыми запорами было, имеющих положительный эффект от лечения, проводилось через 1 месяц, через 3 месяца и через 12 месяцев. Анализируя полученные данные можно сделать вывод, что эффективность лечения в I и 2 группах по сравнению с 3 группой была достоверно лучше через 1 месяц лечения ($p_{1-3} < 0,05$ и $p_{2-3} < 0,01$) почти в 2 раза. При сравнении эффективности лечения через 3 месяца, можно отметить, что применению комплексной и регулярной базисной терапии в 1,5 раза эффективнее, чем нерегулярный прием слабительных препаратов ($p < 0,05$) и использование базисной терапии и рефлексотерапии в 1,8 раза оказывает больший эффект, чем нерегулярный и несвоевременный прием слабительных препаратов ($p < 0,01$). Анализ результатов лечения через 12 месяцев показал, что одновременное применение базисной терапии и рефлексотерапии достоверно в 2,2 раза эффективнее ($p < 0,01$) во II группе, чем в III группе наблюдения, регулярное наблюдение и своевременно лечение оказывает в 1,8 раза достоверно лучший эффект ($p < 0,05$), чем несвоевременное и нерегулярное.

На рисунке 2 представлена частота формирования хронического запора у детей с острым запором в зависимости от вида лечения. При анализе полученных данных можно отметить, что лечение в I группе в 1,4 раза эффективнее, чем в III группе ($p > 0,05$) и лечение во II группе в 2,2 раза достоверно эффективнее, чем в III группе ($p < 0,05$).

Таким образом, можно сделать вывод, что использование рефлексотерапии достоверно повышает эффективность приема слабительных средств при лечении острых запоров у детей, как на ранних этапах лечения, так и при анализе катамнеза через 1 год. Это связано с тем, что при развитии острого запора чаще отмечаются функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта,

которые лучше поддаются лечению методами рефлексотерапии. Также своевременное и регулярное лечение с использованием рефлексотерапии достоверно позволяет уменьшить процент перехода острого запора в хронический.

Литература

1. Комарова Е.В. Хронический запор у детей: медицинские и социальные аспекты: Автореф. дисс. док. мед. наук. Москва, 2007 – 24с.
2. Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста. Пособие для врачей. 2000; М. - 71 с.
3. Акупунктура. Практическое руководство/ Хекер Хакс — Ульрих, Стивлинг Ангелина, Пекар Элмар. Т., Кастнер Иорг; пер. с англ. – Н: МЕДпрогресс — информ, 2009. - 656 с.
4. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной медицины. – М: АО «Московский учебник и Картолиотография». – 2000. – 400с.
5. Полунина В.В., Цветкова Л.Н., Моисеев А.Б., Мухина Т.Ф., Ипатов А.А., Павлова С.В. Опыт применения рефлексотерапии в лечении хронического запора у детей. Российский медицинский журнал. – 2013г. – №2. – С. 5-8.
6. Назаров Л.У., Саркисян К.А., Элоян Д.И. Предпосылки к дифференцированному применению физиотерапии и рефлексотерапии в лечении функциональных заболеваний толстой кишки. //Российский журнал гастроэнтерологии. – 1997; №2: С.59- 62.
7. Гольдблат Ю.В. Точечный и линейный массаж в клинической практике. СПб.: Университетская книга, корона, принт. – 2000. – 128 с.

Полякова Л.В.¹, Калашникова С.А.²

¹Младший научный сотрудник, кандидат медицинских наук, Волгоградский медицинский научный центр; ²доцент, доктор медицинских наук, Волгоградский государственный медицинский университет

РОЛЬ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ В РАЗВИТИИ КОМПЕНСАТОРНЫХ ПРОЦЕССОВ ПАРЕНХИМЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Аннотация

Целью настоящего исследования являлось выявление особенностей репарации клеток щитовидной железы при хронической эндогенной интоксикации различного генеза. Перестройка тиреоидной паренхимы при длительном воздействии токсических продуктов эндогенного происхождения приводит к обособлению фолликулов в отдельные тиреоны, что может лежать в основе формирования узловых новообразований щитовидной железы и развития гормонального дисбаланса.

Ключевые слова: щитовидная железа, репарация, хроническая эндогенная интоксикация.

Poljakova L.V.¹, Kalashnikova S.A.²

¹Assistant professor, PhD, MD, Volgograd medical research center; ²PhD (Medicine), associate professor, Volgograd State Medical University

THE ROLE OF CELL INTERACTIONS IN REGENERATION PROCESS OF THE THYROID GLAND IN CHRONIC ENDOGENOUS INTOXICATION

Abstract

The study aims to explore the thyroid cell regeneration in chronic endogenous intoxication associated with various somatic pathologies. Remodeling of thyroid parenchyma due to prolonged exposure to endogenous toxic substances results in the isolation of follicles which may underlie the formation of neoplastic thyroid nodules as well hormonal imbalance.

Keywords: thyroid gland, regeneration, chronic endogenous intoxication.

В настоящее время отмечается рост числа заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), связанных с алиментарной недостаточностью йода в эндемичных районах, развитием аутоиммунных и аллергических процессов, неблагоприятной экологической обстановкой и т.д. [3]. Актуальной проблемой современной тиреодологии является нарушение тиреоидного гомеостаза при наличии различной соматической патологии, сопровождающейся синдромом эндогенной интоксикации (ЭИ). Ряд исследований посвящены изучению морфо-функционального состояния ЩЖ при патологии печени и почек, что связано с нарушением детоксикации и элиминации токсических продуктов из организма [1,2,5]. Отдельная роль отводится патологии гематоинтестинального барьера с развитием системной эндотоксинемии и выходом «физиологического» бактериального липополисахарида (ЛПС) из кишечника в кровь. Таким образом, актуальным представляется изучение патоморфологических изменений тиреоидной паренхимы при наличии хронической эндогенной интоксикации с определением направленности регенераторного потенциала основных клеточных популяций щитовидной железы.

Материал и методы. Исследование проводилось на 75 белых крысах-самцах с моделированием хронической ЭИ путем сочетанного введения тетрахлорметана (ТХМ) и бактериального ЛПС в течение 30, 60 и 90 суток. Затем в течение 7 и 30 суток животным каждой экспериментальной группы никаких манипуляций не проводили. Животные выводились из эксперимента путем передозировки нембуталового наркоза с последующим гистологическим исследованием печени и щитовидной железы с окраской гематоксилином и эозином. Статистическая обработка проведена общепринятыми для медико-биологических исследований методами непосредственно из общей матрицы данных EXCEL 7.0 (Microsoft, USA) с привлечением возможностей программ STATGRAPH 5.1 (Microsoft, USA).

Результаты и их обсуждение. Верификация хронической ЭИ производилась путем биохимического определения малонового диальдегида, веществ средней молекулярной массы (табл. 1)

Таблица 1 Биохимические показатели выраженности хронической ЭИ у крыс ТХМ+ЛПС, (M±m)

Показатели	Контрольная группа	ЛПС + ТХМ по схеме		
		30 сут	60 сут	90 сут
BCMM, усл.ед.	0,13±0,03	0,15±0,001*	0,19±0,071*	0,16±0,011*
МДА, мкмоль/л	7,95±1,1	7,95±0,61	12,14±0,52*	14,87±4,43*

* - p<0,05 по сравнению с интактными крысами

При гистологическом исследовании ЩЖ было установлено, что максимальное повреждение тироцитов наблюдалось на 30 сутки эксперимента. Патоморфологические изменения характеризовались наличием вакуольной дистрофии фолликулярного эпителия, в то время как со стороны интерфолликулярного эпителия они были минимальны. Отмечались мелкоочаговые кровоизлияния, полнокровие сосудов микроциркуляторного русла. Со стороны стромы существенных изменений выявлено не было. После прекращения введения ТХМ и ЛПС было выявлено, что на 7 сутки сохранялись явления острого повреждения тиреоидной паренхимы, однако полнокровие сосудов было значительно менее выраженным. На 30 сут наблюдалось относительное восстановление структуры ткани и участками пролиферации тироцитов в пределах физиологической нормы (единичные