

2. Жандарова Л.Ф., Горячева В.С., Калмыкова О.А. Информативность цитологического метода при непальпируемых опухолях молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 2. – С. 39-40.
3. Жукова Г.В., Михайлов Н.Ю., Зинькович С.А., и др. Использование системных показателей в комплексном противоопухолевом лечении // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 3. – С. 35-36.
4. Зотов П.Б., Сиянков А.Г. Эмтогенная детерминанта и её клинико-anamnestические предикторы у больных раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 2. – С. 13-14.
5. Камалетдинов Р.Ш., Хасанов Р.Ш., Шаймуратов И.М. и др. Стационаросберегающие технологии в лечении рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 71-72.
6. Коробкова Т.Н. Показатели онкопомощи больным РМЖ в Амурской области за период с 2007 по 2011 г. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 19-20.
7. Мажарова Е.С., Лысенко О.В., Коробкова Т.Н. Сравнительный анализ основных диагностических методик в постановке диагноза рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 29-30.
8. Никитина М.В. Рак молочной железы: региональный эпидемиологический аспект // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 3-4. – С. 14-15.
9. Платинский Л.В., Брюзгин В.В., Соколов Ю.Н. Комбинированная химиотерапия диссеминированного рака молочной железы // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – № 2. – С. 74-75.
10. Петкау В.В., Демидов С.М. Качество жизни (КЖ) пациенток с местно-распространенным раком молочной железы при проведении полихимиотерапии // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 85-86.
11. Петрова О.Ю., Суханов В.А. Профилактика тромботических и геморрагических осложнений у онкологических пациентов, получающих химиотерапию // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 87-88.
12. Ральченко К.В. Астенические нарушения у больных злокачественными новообразованиями после химиотерапии // Тюменский медицинский журнал. – 2004. – № 1. – С. 46.
13. Сафронова А.Ж., Бурханова Л.Г. Оценка динамики развития лейкопении при полихимиотерапии в Тюменском областном онкологическом диспансере за последние 6 лет // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 2. – С. 78-79.
14. Сиянков А.Г., Зотов П.Б., Наумов М.М., Гайсин Т.А. Онкологическая ситуация в Тюменской области в 2005-2012 гг. и факторы, влияющие на ее улучшение // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 5-8.
15. Сиянков А.Г., Царев О.Н., Васильев Л.А., Сидоров Е.В. Оптимизация диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 12-13.
16. Ткаченко Г.А., Воротников И.К. Современные подходы к реабилитации больных раком молочной железы // Академический журнал Западной Сибири. – 2011. – № 2. – С. 48-49.
17. Турунцева А.А. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области (без автономных округов) за период с 2001 по 2011 гг. // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 24-25.
18. Умарова К.Р., Сыздыков К.З., Кулакеев О.К. и др. Результаты неoadьювантной химиотерапии рака молочной железы по данным Южно-Казахстанского областного онкологического диспансера // Тюменский медицинский журнал. – 2008. – № 3-4. – С. 91-92.
19. Федоров Н.М., Наумов М.М., Павлова В.И., Царев О.Н. Об организации кабинета реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 4. – С. 61-63.
20. Федоров Н.М., Царев О.Н., Чижик А.В., Муктубаева А.Ж. Эпидемиология рака молочной железы в Тюменской области // Тюменский медицинский журнал. – 2012. – № 4. – С. 26-27.
21. Царев О.Н., Гайсин Т.А., Сидоров Е.В. Совершенствование диспансерного наблюдения больных РМЖ после радикального лечения // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 4. – С. 22-24.
22. Silva O.E., Zurriddia S. Breast cancer. A practical guide. – Toronto: Novartis oncology, 2005. – P.41-43.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

В.В. Третьяков, Т.А. Боровкова, В.С. Мякотных

Уральский ГМУ, г. Екатеринбург

СОКПН госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

E-mail авторов: vmaykotnykh@yandex.ru

Лечение пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих патологией предстательной железы (ПЖ), остается трудной проблемой в силу самых разных причин. И дело даже не в частоте заболеваемости, которая среди лиц в возрасте старше 60 лет составляет от 55 до 90%, а в определенной ограниченности возможностей как консервативного, так и хирургического лечения из-за множественной сопутствующей патологии, частота которой в пожилом и старческом возрасте достигает практически 100%.

С целью широкой клинической апробации разработанного и защищенного патентами РФ авторского метода консервативного лечения с использованием препарата «Гизоль» наблюдались 160 пациентов в возрасте от 61 до 81 года с диагнозом доброкачественной гиперплазии предстательной железы, хронического простатита в стадии активного воспаления. Пациенты были подразделены на 2 сравниваемые группы по отношению к используемым методам лечения. Представителям 1-й группы (n=80) был проведен курс лечения по авторской методике, включавшей 10 ежедневных сеансов трансректального фонофореза 60% раствора препарата «Гизоль» в сочетании с 100 мг диклофенака натрия. Фонофорез проводился с помощью ультразвукового излучателя ИУТ-0,88-1,05Ф (аппарат УЗТ-103У; частота колебаний 880 кГц) с площадью излучающей поверхности 1 см², в импульсном режиме (10 мс), интенсивностью 0,2-0,4 Вт/см² по лабильной методике, длительностью 3 мин. Представители 2-й группы (n=80) получали стандартную терапию с использованием массажа простаты и трансректального плацебо-воздействия введенным в прямую кишку ультразвуковым излучателем, но при выключенном физиотерапевтическом оборудовании. Сравнивалась динамика результатов следующих клинико-инструментальных и клинико-лабораторных показателей: трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) ПЖ, урофлоуметрия; уровень простатспецифического антигена (ПСА), микроскопического и микробиологического исследования секрета ПЖ. Качество жизни пациентов и степень выраженности симптомов нижних мочевых путей (СНМП) оценивались с помощью международной шкалы I-PSS в баллах.

У представителей 1-й группы при проведении им ТРУЗИ ПЖ выявлена отчетливая позитивная динамика в плане объема ПЖ (с 37,75±0,87 до 33,89±0,78 см³) и объема аденомы (с 18,48±0,43 до 16,07±0,37 см³). Позитивно изменились показатели урофлоуметрии (с 11,92±0,27 до 14,58±0,34 мл/сек), значительно уменьшился объем остаточной мочи (с 95,0±2,185 до 50,0±1,15 мл), снизилось число лейкоцитов в секрете ПЖ (с 88,81±2,04 до 47,94±1,1). При этом никак не из-

менились нормальные значения ПСА, что свидетельствует об онкологической безопасности метода. Степень выраженности СНМП также отчетливо уменьшилась как в отношении обструктивных, так и ирритативных симптомов, что отразилось на значительном улучшении показателей качества жизни. У представителей 2-й группы подобного рода изменений не произошло. При сравнительном математическом анализе общей результативности лечения, представленной в условных единицах (усл. ед.) суммарный показатель 1-й группы составил 13898 усл. ед., 2-й – 3168 усл. ед. ($p < 0,0001$).

Таким образом, показаны отчетливые преимущества разработанной методики лечения. Ни в одном случае не зафиксировано каких-либо осложнений или же побочных нежелательных эффектов. Рекомендуются широкое применение разработанного и апробированного способа лечения доброкачественной гиперплазии ПЖ, сочетающейся с хроническим простатитом, у представителей пожилого и старческого возраста.

НЕВРОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОЯСНИЧНЫХ РАДИКУЛОПАТИЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.А. Бальберт, В.С. Мякотных

Уральский ГМУ, г. Екатеринбург
СОКПН госпиталь для ветеранов войн, г. Екатеринбург

Е-mail авторов: vmaykotnykh@yandex.ru

Особенностью клинической картины радикулопатий у пациентов пожилого и старческого возраста является более частое, чем у лиц молодого возраста, возникновение мышечно-тонических синдромов, в частности синдрома грушевидной мышцы, который обычно не диагностируется, а расценивается как обострение хронического деформирующего коксартроза. С целью повышения результативности лечения таких пациентов при помощи введения ботулотоксина типа А в грушевидную мышцу с наведением иглы под контролем рентгеновского компьютерно-томографического (РКТ) контроля проведено сравнительное исследование двух рандомизированных групп пациентов, по 25 человек в каждой, сопоставимых по целому ряду клинических и демографических показателей. Представители обеих групп, основной и сравнения, страдали радикулопатиями L₅ или S₁, люмбоишиалгией на фоне остеохондроза поясничного отдела позвоночника. У всех больных боли иррадиировали по ходу седалищного нерва, а также отмечалась болезненность при пальпации в проекции грушевидной мышцы, имели место характерные положительные симптомы Бонне-Бобровниковой (снижение амплитуды движения и болезненность при пассивном приведении бедра с одновременной ротацией его внутрь) и Виленкина (боль по задней поверхности ноги при перкуссии в точке грушевидной мышцы), что соответствует клиническим проявлениям синдрома грушевидной мышцы. Все пациенты получали стандартное медикаментозное лечение препаратами Мова-

лис в дозе 15 мг/сут. и Мидокалм в дозе 450 мг/сут., а также физиотерапевтическое лечение. Дополнительно всем пациентам основной группы в заинтересованную грушевидную мышцу (справа или слева) вводился ботулотоксин типа А, (препарат Ксеомин в дозе 50 ед.), и при этом для визуализации «мишени» и контроля точности введения препарата в мышцу использовался спиральный компьютерный томограф Emotion Duo (Siemens). Была выявлена значительная вариабельность положения середины брюшка грушевидной мышцы относительно кожного покрова от 4 до 10 см, и в связи с этим точное введение лекарственного препарата без РКТ-контроля представлялось невозможным. В итоге, во всех случаях ботулотоксин типа А был введен точно в грушевидную мышцу. При осмотре пациентов в динамике, через две недели отчетливый регресс люмбоишиалгии отмечен у 22 лиц основной группы, и только у 5 группы сравнения ($p < 0,05$). Среди больных основной группы в 17 случаях регрессировали симптомы Бонне-Бобровниковой и в 24 – симптомы Виленкина. В группе сравнения аналогичные показатели составили соответственно 3 и 4; $p < 0,05$.

Таким образом, особенностью лечения поясничных радикулопатий у пожилых пациентов является необходимость воздействия на тонические напряженную грушевидную мышцу с целью ее расслабления. Максимальный эффект достигается при точном введении ботулотоксина типа А в грушевидную мышцу при визуализационном РКТ-контроле, что обеспечивает наилучшие результаты лечения и может быть широко рекомендовано в медицинскую практику.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА МЕКСИДОЛ ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Ю.П. Барышева, Т.Н. Зырянцева,
В.В. Николаев, И.В. Титаренко*

ГБУ РО ГВВ, г. Ростов-на-Дону

Е-mail авторов: barisheva.iulya@yandex.ru

Цереbroваскулярные заболевания являются важнейшей медико-социальной проблемой в нашей стране. Сосудистые заболевания головного мозга – одна из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в России. В патогенезе ишемических нарушений мозгового кровообращения существенное значение имеет оксидантный стресс. Интенсивность процессов свободно радикального окисления в нормальном состоянии организма контролируется собственными антиоксидантными системами. Утилизация образующихся свободных радикалов осуществляется ферментативным путем и с использованием антиоксидантов (вит С, Е, убихиноны). При церебральной ишемии образование продуктов свободно радикального окисления приобретает избыточный характер, утрачивая свое адаптационное назначение. В значительной степени это связано с неэффективностью антиоксидантных систем организма. Это дает веские основания для восполнения недостаточности антиоксидантных систем организма у пациентов с цереbroваскулярной патологией, путем назначения антиоксидантов.