

А.Ю. Смирнова
ПРИМЕНЕНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ
В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПЕНИИ У ЖЕНЩИН В ПЕРИ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

*Владивостокский филиал НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН
Краевой клинический центр охраны материнства и детства . Владивосток*

Перед гинекологом, наблюдающим женщин в климактерическом периоде, стоят две основные задачи: лечение имеющихся климактерических расстройств и профилактика отдаленных осложнений менопаузы. В настоящее время заместительная гормональная терапия широко назначается пациенткам для купирования вегетативных симптомов, урогенитальных, метаболических нарушений, а также с целью профилактики потери массы костной ткани и развития остеопороза.

Остеопороз — системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, микроархитектурным повреждением костной ткани с последующим повышением хрупкости костей и учащением риска переломов.

Дефицит половых гормонов в климактерии может оказывать прямое и опосредованное влияние на костную ткань. Установлено прямое влияние эстрогенов на костные клетки через эстрогенные рецепторы.

Механизм защитного влияния эстрогенов на костную ткань:

- блокада активации остеокластов;
- активация синтеза кальцитонина;
- блокада активности паратгормона посредством снижения синтеза его или снижения чувствительности остеокластов;
- снижение чувствительности костной ткани к рассасывающему действию метаболитов витамина D3;
- активация процессов гидроксирования витамина D3 в почках и превращения его в активную форму;
- усиление всасывания Са в кишечнике;
- снижение катаболического эффекта тироксина за счет усиления синтеза тиреоглобулина.

Если первоначально, в основном, рассматривали роль гипострогении в развитии остеопороза, то в настоящее время показано, что и при недостаточной секреции прогестерона (ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы, гиперпролактинемия, аменорея) также может развиваться остеопороз. Особую роль играет и тестостерон — активный анаболический гормон. При двухсторонней овариэктомии в любом возрасте довольно быстро развивается остеопороз, и в этом важную роль играет и дефицит всех трех гормонов — эстрогенов, прогестерона и тестостерона.

Защитное влияние гестагенов на костную ткань:

- прямое — через специфические рецепторы на остеобlastах, стимулируя формирование костной ткани;
- опосредованное — блокада рецепторов к глюкокортикоидам и снижение их ингибирующего влияния на кость.

В центре «Здоровье женщин после 40 лет» ЦПСПР ККЦОМД наблюдается 35 женщин с различными проявлениями дефицита половых стероидов, из них 25 женщин с климактерическим син-

дромом, 4 — с синдромом раннего истощения яичников, 2 — с синдромом постовариозэктомии. У 91,4 % пациенток при обследовании выявлены проявления остеопенического синдрома. Основными клиническими симптомами являются боли в костях, особенно часто в костях поясничного или грудного отдела позвоночника, изменения осанки, прогрессирующее ограничение двигательной активности позвоночника. У двух пациенток в анамнезе — переломы лучевой кости, у одной — перелом шейки бедра.

Всем женщинам с целью исследования состояния костной ткани была проведена ультразвуковая денситометрия, для оценки процессов формирования и резорбции кости определялись биохимические маркеры (кальций, фосфор, щелочная фосфатаза). У 72,2 % при денситометрии выявлено снижение минеральной плотности костной ткани, в 32 % случаев в крови отмечена гипокальциемия, в 37% — повышение уровня фосфора, в 15 % — снижение уровня щелочной фосфатазы.

Ввиду того, что патогенез постменопаузального остеопороза довольно сложен и неоднозначен, в терапии остеопороза преследуются две цели:

- блокада процессов резорбции костной ткани;
- активация процессов формирования кости.

К антирезорбтивным препаратам наряду с другими относятся препараты для заместительной гормонотерапии. Установлены оптимальные дозы эстрогенов для профилактики и терапии остеопороза. Для эстрадиола валерата эта доза равна 2 мг в сутки, для конъюгированных эстрогенов — 0,625 мг.

Заместительная гормонотерапия назначалась 33 пациенткам. Назначение ЗГТ осуществлялось с учетом противопоказаний, а также индивидуальных особенностей анамнеза и данных обследования каждой пациентки. Применялись оральный (таблетки — климен, климонорм, ливал, фемостон, триксиквен) и трансдермальный (пластырь — климара) пути введения препаратов. Для более эффективной профилактики и терапии остеопороза, а также для профилактики гиперпластических процессов в эндометрии при интактной матке предпочтение отдавалось комбинации эстрогенов и гестагенов: двух-, трех- и монофазных.

На фоне применения ЗГТ в течение года отмечалось улучшение самочувствия, а также показателей денситометрии, биохимических маркеров крови практически у всех пациенток (97,4 %).

Таким образом, наиболее обоснованной и рациональной профилактикой и патогенетической терапией постменопаузального остеопороза является использование препаратов половых гормонов. Гормонопрофилактика и терапия снижают риск потери массы кости в любом возрасте и остается терапией выбора при постменопаузальном остеопорозе.

Соловьева Н.П., Попов А.Ф.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КОМПЬЮТЕРНОЙ ДЕРМОГРАФИИ
В ДИАГНОСТИКЕ ВИРУСНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

*Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток
Краевая клиническая больница № 2*

Система диагностики заболеваний с использованием компьютерного дермографа «КД-01» (патент-1531993 от 20.06.1987г.) предназначена для функционально-топической диагностики выраженных дисфункций и заболеваний внутренних органов человека. Метод «Компьютерной дермографии» осуществляет измерение вегетативного локального сегментарного тонуса в системе координат «Сегментарная матрица».

Метод компьютерной дермографии выгодно отличается от привычных способов обследования, так как это доступный неинвазивный метод обследования, достаточно информативен, прост в использовании. Программа реализована на IBM — совместимом компьютере с операционной системой MS — DOS версии 2.0 и выше с использованием языка PASKAL.

Сделаны съемки показаний КД 22 больным с вирусными поражениями печени. Острый вирусный гепатит А (HAV) установлен у 3 из 22 больных, острая и хроническая HBV-инфекция у 8 из 22, хроническая HCV-инфекция у 11 из 22. Диагноз паци-

ентов подтвержден специфическими лабораторными тестами ИФА, ПЦР, методами УЗИ, биопсии печени. Получены 66 графика КД от 22 пациентов.

При исследовании графических изображений в 54 (81,8%) случаях установлено снижение функции F5-1 в области сегмента ТН6. Причем, у нас получилась характерная форма графика в виде «W» с эпицентром в ТН6, что следует расценивать как признак поражения печени у обследуемых больных. Кроме этого, в 27 (40,9%) отмечено повышение функции F2, F3, отвечающих за тонус артериальных и венозных сосудов, а также синхронизация их с другими функциями, что практически никогда не встречается у здоровых людей. На 12 (18,2%) графических изображениях каких-либо признаков, характерных для поражения печени не обнаружено.

Таким образом, применение метода компьютерной дермографии у больных с вирусными гепатитами различной этиологии позволило определить признаки, характерные для поражения печени.

Соколова Н.М., Ермоленко Л.В., Белогодова Н.В., Соложонкова А.П., Лысенко О.Г.
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА α -ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ
У БОЛЬНЫХ, С ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ;

ОСЛОЖНЕННЫМ ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА, В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ, МЕТОДОМ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФИИ

Отделенческая больница на станции Владивосток, ОАО «РЖД»

В течение 2004-2005 гг. на базе неврологического отделения Отделенческой больницы станции Владивосток было проведено электронейромиографическое обследование 25 больным с пояснично-крестцовым остеохондрозом, осложненным грыжей межпозвонкового диска в возрасте от 31 до 62 лет. Диагноз подтвержден клиническими, рентгенологическими методами, компьютерной томографией, магнитно-резонансной томографией. Всем пациентам было проведено оперативное лечение в разных клиниках города, по различным методикам. В послеоперационном периоде с целью реабилитации наряду с нестероидными противовоспалительными, вазоактивными, дегидратационными препаратами, миорелаксантами, витаминами группы «В», игло-рефлексотерапией, физиолечением, ЛФК, был назначен берлитион® (альфа-липоевая кислота / ВОЗ: тиоктовая кислота/).

Цель: изучение эффекта применения препарата берлитион® в послеоперационном периоде у больных с пояснично-крестцовым остеохондрозом, грыжей межпозвонкового диска.

Методы: опытную группу составили 14 больных: 11 мужчин и 3 женщины. Эти пациенты получали берлитион® 300 ЕД внутривенно-капельно в течение двух недель. В контрольную группу вошли 8 мужчин и 3 женщины, которым проводились лечебные мероприятия, исключающие использование берлитиона®.

Исследование выполнялось до начала проведения реабилитационных мероприятий, в сроки от 2-х дней до двух недель после оперативного лечения. Использовался электронейромиограф отечественного производства Нейро-ЭМГ-Микро фирмы Нейрософт. Определяли показатели скорости и амплитуды М-ответа, показатели латентности, скорости, амплитуды F-волны, Н-рефлекс по стандартной методике стимуляционной электронейромиографии. Повторное исследование проводили через две недели после окончания курса реабилитационных мероприятий.

Результаты: до начала реабилитации при стимуляции малоберцового нерва, на стороне поражения, в дистальной и проксимальной

точке у 5 пациентов отмечалось отсутствие М-ответа, у 10 пациентов амплитуда М-ответа была снижена от 0,9 мкВ до 2,1 мкВ, снижение скорости М-ответа составило от 25 м/с до 31 м/с, удлинение латентности F-волны больше 34 м/с, снижение скорости распространения возбуждения по F-волне меньше 55 м/с, регистрация блоков по F-волне составила от 45 до 80%. Н-рефлекс не регистрировался. У 17 пациентов показатели скорости и амплитуды М-ответа были в норме. На фоне сниженной амплитуды F-волны (менее 100 мкВ), отмечалось большое количество блоков от 60% до 100%, латентность по F-волне составила 45-54 м/с, скорость распространения возбуждения по F-волне была снижена 25-42 м/с. Н-рефлекс отсутствовал.

В динамике у больных опытной группы клинически отмечалось улучшение: уменьшение болей, мышечного напряжения, выраженности чувствительных нарушений. По данным электронейромиографии у всех пациентов регистрировался М-ответ с более высокими амплитудными и скоростными показателями (амплитуда от 1 до 2,2 мкВ, скорость от 26,5 до 33 м/с). Скорость распространения возбуждения по F-волне увеличилась от 26 до 44 м/с, латентность уменьшилась от 43 до 52 м/с, количество блоков снизилось от 42 до 96%. Показатели Н-рефлекса не изменились. В сравнении с больными контрольной группы показатели амплитуды и скорости М-ответа нормализовались на 6%, латентность по F-волне снизилась на 4%, количество блоков по F-волне уменьшилось на 3,5%, скорость распространения возбуждения по F-волне увеличилось на 5%.

Выводы: в виду малого количества наблюдений, полученные данные, не являются статистически достоверными, но, предположительно могут свидетельствовать о клинической эффективности препарата берлитион® в качестве средства, которое можно использовать для лечения корешковых расстройств пояснично-крестцового остеохондроза в послеоперационном периоде, с целью восстановления утраченных функций.

Соловьева А.С.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА У БЕРЕМЕННЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НА ФОНЕ ГЕРПЕС-ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН, Благовещенск

Цель: на фоне снижения иммунитета у беременных с заболеваниями верхних дыхательных путей в сочетании с вспышкой герпес-вирусной инфекции определить реакцию потребления и окисления глюкозы в реакциях гексозомоноокислорода и определить продукцию супероксидного кислородного перекиси водорода.

Методы: определялся респираторный взрыв методом хемилюминесценции с одновременным определением активности аденозинтрифосфатазы и сукцинатдегидрогеназы в лейкоцитах периферической крови беременных, перенесших вспышку герпес-вирусной инфекции. В периферической крови определялись противовоспалительные интерлейкины IL8 и TNFα.

Результаты: при обострении герпес-вирусной инфекции отмечается достоверное усиление активности хемилюминесценции, что отражает повышение уровня метаболической активности клеток периферической крови под влиянием вируса герпеса.

Выводы: обострение герпес-вирусной инфекции приводит к стимуляции противовоспалительных интерлейкинов и активации метаболической активности лейкоцитов сопровождается усилением хемилюминесцентного ответа этих клеток. Отсутствие выраженной активации внутриклеточных метаболических процессов в первом триместре беременности отражает низкие резервы функциональной активности клеток периферической крови, выполняющих иммунозащитную реакцию.

Суханова Г.Н., Дементьева М.П., Князькин М.Ф., Кураспедяни О.В.

О ВЗАИМОВЛИЯНИИ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Владивостокский государственный медицинский университет
Приморская краевая клиническая больница № 1, г. Владивосток

Цель: выяснить частоту аллергического ринита (АР) у больных бронхиальной астмой (БА), взаимовлияние этих заболеваний, соответствие лечения международным рекомендациям.

Методы: для постановки диагноза использовали международные соглашения по диагностике БА (1995; 2002) и АР (1999; 2000).

Результаты: изучали течение БА у 510 больных, из которых у 387 (в 75%) диагностирован АР. По степени тяжести БА среди мужчин (254) распределялась сравнительно равномерно, а среди женщин (256 человек) преобладали средняя и тяжелая степень астмы (соответственно 48,8 и 37,9%). 20,8 % мужчин в возрасте 17-19 лет — допризывники. Среди больных БА среднетяжелой и тяжелой астмой преобладали лица в возрасте старше 40 и моложе 70 лет. Наиболее частыми триггерами обоих заболеваний являлись «домашние» аллергены — клещи домашней пыли (у 85% больных), слюна и перхоть животных, основными «внешними» аллергенами при интермиттирующем АР — пыльца растений. Непереносимость аспирина наблюдалась более чем у половины больных БА в сочетании с полипозным этмоидитом. При легкой форме БА в подавляющем большинстве случаев (у 54 из 58 больных) аллергический ринит протекал в интермиттирующей и

легкой формах. При БА средней степени тяжести эти формы АР также были часты (74,8%), однако в среднем у 1 из 10 диагностирован либо среднетяжелый, либо тяжелый АР, а в 1,8% случаев — полипозный этмоидит. Прямая зависимость между степенью тяжести обоих заболеваний четко определялась у больных с тяжелой астмой: в этой группе тяжелый ринит встречался в 27,6%, РА средней степени тяжести в каждого третьего (в 35,8%), полипозный этмоидит — в среднем у 1 из 10 пациентов. Анализ проводимой терапии показал, что все больные БА в сочетании с АР получали современную комбинированную базисную противовоспалительную терапию обоих заболеваний в соответствии с международными рекомендациями: ингаляционные и интраназальные кортикостероиды (КС) при среднетяжелой и тяжелой форме и кромоны при легкой и интермиттирующей. Больные полипозным этмоидитом получали короткий курс преднизолонотерапии, затем длительное противовоспалительное лечение интраназальными КС.

Выводы: астма и ринит часто сочетаются и влияют на течение друг друга. Отмечена прямая зависимость между степенью тяжести этих заболеваний. БА и АР представляют собой единое заболевание, объединенное общностью этиологии, патогенеза, морфологии, подходами к лечению.