

- Масленникова // Тер. Архив. – 2006. –Т.78, №1. – С. 6-9.
7. О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертензией в Российской Федерации. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 января 2003 года №3.
 8. Об организации работ по стандартизации в здравоохранении: приказ МЗ РФ и Федерального фонда ОМС. – М., 1998. – №12/2. – 14 с.
 9. О федеральной целевой программе «Профилактика и лечение артериальной гипертензии в Российской Федерации». – постановление Правительства РФ. – М., 2001. – 38 с.
 10. Руководство по амбулаторно-поликлинической практике кардиологии / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.:ГЭОТАР, 2007. – 398 с.
 11. Стародубов, В.Н. Клиническое управление: теория и практика / В.Н. Стародубов, Т.К. Луговкина. – М:Медицина, 2003. – 192 с.
 12. Федеральная целевая программа «Юг России (2008-2012 годы)» Постановление Правительства Российской Федерации от 14.01.2008г.,№10.

ОЦЕНКА ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Д.Н. СЕРГЕЕВ

Проведена оценка состояния реально существующей медико-санитарной помощи больным с артериальной гипертензией в амбулаторно-поликлинических условиях сельского района Ставропольского края.

Выявлены: 1) низкий уровень материально-технической и информационной базы первичного звена сельского здравоохранения; 2) отсутствие унифицированной модели консультирования больных артериальной гипертензией при оказании медико-профилактической помощи в условиях поликлиники и семьи; 3) несоответствие клинической практики и диагностики артериальной гипертензии, осуществляемой участковыми терапевтами и врачами общей практики амбулаторно-поликлинической службы, рекомендациям ВНОК (2004), Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (2008) и приказа МЗ Российской Федерации.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, медико-профилактическая помощь, сельское здравоохранение

THE ESTIMATION OF RENDERING MEDICAL-SANITARY ASSISTANCE TO THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN DISPENSARY-POLYCLINIC CONDITIONS OF RURAL HEALTH CARE

SERGEYEV D.N.

The estimation of the state of really existing medical-sanitary assistance to the patients with arterial hypertension in dispensary-polyclinic conditions of a rural district in Stavropol Territory has been conducted.

It was revealed: 1) a low level of material-technical and informative basis of rural primary health care;

2) absence of the unified model of consulting of patients with arterial hypertension during rendering of medical-preventive assistance in the conditions of a polyclinic and a family;

3) discrepancy of clinical practice and diagnostics of arterial hypertension done by a district therapist and doctors of general practice of dispensary-polyclinic service to the recommendations of All-Russian Union of Cardiologists (2004), Russian Medical Society on Arterial Hypertension (2008) and orders of Ministry of Public Health of the Russian Federation.

Key words: arterial hypertension, medical – preventive assistance, rural health care

© В.В. Павленко, Л.М. Казакова, 2010
УДК 616:71-007.234.

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

В.В. Павленко¹, Л.М. Казакова²

¹Ставропольская государственная медицинская академия

²Ставропольский краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи

Павленко Владимир Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней СтГМА, тел.: (8652) 353880; 89034451748; e-mail: PavlenkoVV@yandex.ru.

Казакова Лариса Михайловна, врач эндокринолог Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи, тел.: раб. (8652) 712588, 89624037239; e-mail: kazackova.larisa@yandex.ru

Известно, что нарушение ремоделирования костной ткани способствует возникновению «хрупких» (остеопоротических) переломов, приводящих к серьезным инвалидизирующим последствиям многих категорий больных [1]. Это в полной мере относится к больным с воспа-

лительными заболеваниями кишечника (ВЗК), у которых негативное влияние на минеральную плотность костной ткани (МПКТ) вызывают длительно текущее хроническое иммунное воспаление, нарушение всасывания кальция и витамина D, гипотрофия и, наконец, терапия глюкокортикоидами [3]. Все сказанное заставляет клиницистов вести активную разработку методов скрининга остеопороза у больных с ВЗК, а также методов его профилактики и лечения.

Цель исследования. Выявить нарушения минеральной плотности костной ткани у больных с язвенным колитом (ЯК) и болезнью Крона (БК) и оценить влияние антиостеопоротической терапии в составе базисного лечения.

Материал и методы. Обследовано 126 больных с ВЗК – 96 пациентов с ЯК и 30 пациентов с БК. Клиническая активность воспалительного процесса при ЯК и БК определялись с помощью индекса Рахмилевича и Беста соответственно. Локализацию патологического процесса в толстой и тонкой кишке определяли методом эндоскопического и рентгенологического обследований. Всем больным проводилось динамическое денситометрическое исследование МПКТ на аппарате «Рixi» (DEXA, «Lunar») [2]. Результаты оценивали по Т-шкале. Пациентам с диагностированным остеопеническим синдромом в комплексе с базисными средствами лечения ВЗК назначался курс антиостеопоротических средств в течение 12 месяцев: препараты кальция (в пересчете на 1000 мг активного кальция), витамина D (альфакальцидол 1 мкг) и миакальцик (200 ЕД/день). Контрольную группу составили 15 здоровых людей (10 женщин, 5 мужчин) в возрасте 20–46 лет, не имеющих переломов в анамнезе и признаков патологии опорно-двигательной системы.

Результаты и обсуждение. В группе пациентов с ЯК остеопения имела место у 57 (59,4%) больных, остеопороз – у 29 (30,2%); нормальная МПКТ зарегистрирована лишь у 10 (10,4%) больных ЯК. В группе пациентов с БК остеопения имела место у 16 (53,4%) больных, остеопороз – у 14 (46,6%). Нормальной МПКТ в этой группе больных не выявлено. Установлена взаимосвязь снижения МПКТ с активностью и характером локализации воспалительного процесса в кишечнике. Так, у больных с ЯК МПКТ снижалась по мере нарастания степени активности воспалительного процесса (Т-критерий – $-1,28 \pm 0,22$; $-1,43 \pm 0,13$; $-1,85 \pm 0,1$ SD для 1-й, 2-й и 3-й степени активности соответственно). Аналогичная зависимость МПКТ от иммуновоспалительной активности (индекс Беста) выявлена и при БК. Установлена обратно пропорциональная зависимость между распространенностью воспалительно-деструктивного процесса в кишечнике и МПКТ. При тотальном ЯК Т-критерий составил $2,3 \pm 0,11$ SD, при левостороннем колите – $-1,75 \pm 0,13$ SD, при дистальном – $-1,36 \pm 0,13$ SD. $P_{1,2,3} < 0,05$). У

пациентов с БК при сочетанном поражении тонкой и толстой кишки (илеocolит) Т-критерий был ниже, чем при колите $-2,43 \pm 0,18$ SD и $-1,55 \pm 0,31$ SD соответственно, $P < 0,05$).

Анализ эффективности антиостеопоротической терапии проводили через 12 месяцев, с учетом базисной терапии (5-АСК, глюкокортикостероиды, азатиоприн, ремикейд). Позитивный эффект антиостеопоротической терапии в виде прироста МПКТ (от 0,35 до 0,58 SD по Т-критерию) имел место в группах пациентов с положительной динамикой, независимо от характера базисной терапии. Тем не менее наибольший прирост минеральной плотности костной ткани был отмечен в группе больных, получающих в качестве биологической терапии антагонист фактора некроза опухоли (ФНО- α) Ремикейд. По-видимому, текущий воспалительный процесс оказывает заметное влияние на ремоделирование костной ткани, потерю трабекулярной кости, степень минерализации. Не исключено, что подобный механизм нарушения костного ремоделирования обусловлен действием провоспалительных медиаторов, в частности, ФНО- α и других цитокинов, уровень которых существенно выше у больных ВЗК с остеопорозом [3].

Выводы

1. Пациенты с язвенным колитом и болезнью Крона относятся к группе высокого риска по развитию остеопороза.
2. Нарушение костного ремоделирования у больных язвенным колитом и болезнью Крона определяется активностью и распространенностью воспалительного поражения кишечника.
3. Максимальный прирост минеральной плотности костной ткани выявлен у больных язвенным колитом и болезнью Крона, получавших антиостеопоротические препараты с включением в базисную терапию Ремикейда.

Литература

1. Белосельский, Н.Н. Рентгенодиагностическое и рентгено-морфометрическое исследование позвоночного столба при остеопорозе / Н.Н. Белосельский // Руководство по остеопорозу под редакцией Л.И. Беневоленской. – М.: Бином. – 2003. – С. 152-156.
2. Ершкова, А.Б. Этиопатогенез, диагностика и лечение остеопороза при воспалительных заболеваниях кишечника / А.Б. Ершкова, В.Н. Дроздов, В.Г. Румянцев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2005. – №3. – С. 8-14.
3. Berstein, C.N. Patients with inflammatory bowel disease are more prone to fractures / C.N. Berstein, Y.F. Blanchard // Ann. Intern. Med. – 2000 – Vol. 133. – P. 795-799.

ОСОБЕННОСТИ КОСТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИОСТЕОПОРОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА
В.В. ПАВЛЕНКО, А.М. КАЗАКОВА

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, язвенный колит, болезнь Крона, остеопороз

THE POCULIARITIES OF OSSEOUS REMODELING AND EFFICIENCY OF ANTIOSTEOPOROTIC THERAPY IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES
PAVLENKO V.V., KAZAKOVA L.M.

Key words: inflammatory bowel diseases, ulcerative colitis, Crohn's disease, osteoporosis