

одной из основных мер в достижении лечебного эффекта и профилактики осложнений этого заболевания. Доверительные взаимоотношения врачей с пациентами, доступное и наглядное разъяснение им важности постоянного контроля АД и неукоснительного выполнения врачебных рекомендаций во многом

способствуют повышению приверженности к лечению АД. Особенно важное значение имеет осуществление самоконтроля АД. Наличие тонометров и умение ими регулярно пользоваться превращают пациента в активного участника контроля, лечения и профилактики АД.

Сведения об авторах статьи:

Гамзаев Мехман Агаверди оглы – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Института усовершенствования врачей им. Азиза Алиева. Адрес: Республика Азербайджан, г. Баку, Тбилисский проспект, квартал 31/65. E-mail: dr.rena@yandex.com

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгалёв, И.В. Естественная динамика, лечение и контроль артериальной гипертензии (по результатам 17-летнего проспективного исследования) / И.В. Долгалёв, В.В. Образцов, И.В. Цимбалюк [и др.] // Профилактическая медицина. – 2011. – №3. – С. 41-45.
2. Киселев, А.Р. Профилактика и лечение артериальной гипертензии в амбулаторных условиях с использованием мобильной телефонной связи и интернет-технологий / А.Р. Киселев, В.А. Шварц, О.М. Посненкова [и др.] // Терапевтический архив. – 2011. – №4. – С. 46-52.
3. Кобалова, Ж.Д. Приверженность пациентов антигипертензивной терапии и препятствия к ее улучшению / Ж.Д. Кобалова, Е.Г. Старостина, Ю.В. Котовская [и др.] // Терапевтический архив. – 2008. – №3. – С. 76-82.
4. Кобалова, Ж.Д. Повышение приверженности к антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией с помощью образовательных программ и рационального применения ингибитора ангиотензинпревращающего фермента периндоприла. Результаты исследования ПРИЗМА / Ж.Д. Кобалова, С.В. Вилливалде, Х.В. Исыкова // Кардиология. – 2010. – №11. – С. 17-26.
5. Ланфан, К. Артериальное давление: каковы наши успехи в его снижении? / К. Ланфан // Терапевтический архив. – 2009. – №5. – С. 47-50.
6. Погосова, Г.В. Улучшение приверженности к лечению артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца – ключевое условие снижения сердечно-сосудистой смертности / Г.В. Погосова, И.Е. Колтунов, А.И. Рославцева // Кардиология. – 2007. – №3. – С. 79-85.
7. Ушакова, С.Е. Эффективность различных методов терапевтического обучения больных артериальной гипертензией / С.Е. Ушакова, Л.И. Шутепова, А.В. Кодряну [и др.] // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2006. – №2. – С. 40-44.
8. Шварц, В.А. Клиническая эффективность технологии динамического амбулаторного наблюдения за больными артериальной гипертензией с использованием компьютерной системы и мобильной телефонной связи / В.А. Шварц, В.И. Гриднев, А.Р. Киселева, О.М. Посненкова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – № 5(3). – С. 358-362.
9. Bramlage, P. Clinical practice and recent recommendations in hypertension management – reporting a gap in a global survey of 1259 primary care physicians in 17 countries / P. Bramlage, M. Thoenes, W. Kirch, C. Lenfant // Curr. Med. Res. Opin. – 2007. – Vol.23. – P. 783-794.
10. Cappuccio F.P. Blood pressure control by home monitoring: Meta-analysis of randomized trials / F.P. Cappuccio, S.M. Kerry, L. Forbes [et al.] // Br. Med. J. – 2004. – Vol.329. – P.145
11. Chobanian, A.V. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure / A.V. Chobanian, G.L. Bakris, H.R. Black [et al.] // Hypertension. – 2003. – Vol.42. – P. 1206-1252.
12. Mancia, G. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document / G. Mancia, St. Laurent, E. Agabiti-Rosei [et al.] // J. Hypertens. – 2009. – Vol.27. – P. 2121-2158.
13. Mirosky, D.E. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D.E. Mirosky, L.W. Green, D.M. Levine // Med. Care. – 1986. – Vol.24. – P. 67-74.
14. Pickering, T.G. Why is self-monitoring reimbursed for blood glucose but not blood pressure? / T.G. Pickering // J. Clin. Hypertens. – 2004. – No4. – P. 526-531.
15. Pickering, T.G. Call to action on use and reimbursement for home blood pressure monitoring: a joint scientific statement from the American Heart Association, American Society of hypertension, and Preventive Cardiovascular Nurses Association / T.G. Pickering, N.H. Miller, G. Ogedegbe [et al.] // Hypertension. – 2008. – Vol.52. – P. 10-29.
16. Walsh J.M., Sundaram V., McDonald K. et al. Implementing effective hypertension quality improvement strategies: barriers and potential solutions / J.M. Walsh, V. Sundaram, K. McDonald [et al.] // J. Clin. Hypertens (Greenwich). – 2008. – Vol.10. – P. 311-316.

УДК:[616.53-002-092:616.34-022]-08

© О.Н. Зайнуллина, З.Р. Хисматуллина, Т.Б. Хайретдинова, 2013

О.Н. Зайнуллина, З.Р. Хисматуллина, Т.Б. Хайретдинова ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСБИОЗА КИШЕЧНИКА У ПОДРОСТКОВ С АКНЕ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Акне встречаются у 80% и более подростков. Несмотря на достаточную изученность этой патологии и широкий выбор препаратов для системного наружного применения, число больных не уменьшается. Авторами выявлена взаимосвязь дисбиотических нарушений в кишечнике у подростков с акне. В статье обсуждаются результаты эффективности лечения больных пробиотиками.

Ключевые слова: акне vulgaris, микрофлора кишечника.

O.N. Zaynullina, Z.R. Khismatullina, T.B. Khayretdinova
TREATMENT OF INTESTINAL DYSBIOSIS IN TEENAGERS WITH ACNE

For more than 80 percent of teenagers youthful acne are an actual problem. Despite sufficient study of this pathology and a wide variety of medicines for systematic and outward external use the amount of ill people does not decrease. Authors have established a distinctive connection of disbiotic disorders in the intestines at teenagers with acne. The results of treatment of patients with prebiotics are discussed in the article.

Key words: acne vulgaris, intestinal microflora.

Акне – хроническое полиморфное мультифакторное заболевание пилюсеборейного комплекса. Это одно из наиболее частых заболеваний кожи, встречающихся примерно у 95% лиц в возрасте от 12 до 30 лет и занимающих первое место среди кожных заболеваний и косметических недостатков в данной возрастной группе [3]. По данным разных авторов, тяжелые формы акне составляют 5-14% [4]. Акне – это заболевание, которое является актуальной проблемой для 80% и более подростков [7].

Большой интерес к проблеме диагностики и лечения акне обусловлен распространенностью и разнообразием клинических проявлений дерматоза. Несмотря на достаточную изученность этой патологии и широкий выбор препаратов для системного и наружного применений, число больных не уменьшается.

Современное лечение акне представлено как наружными, так и местными противогревыми средствами. Системная терапия (антибиотики, гормональная терапия: комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и антиандрогены, ретиноиды) в основном назначается при тяжелой степени акне [2]. Наружная терапия применяется в качестве монотерапии при I и II степенях тяжести акне, а также в сочетании с системными препаратами при более тяжелом течении заболевания [1]. Выявлена четкая взаимосвязь дисбиотических нарушений в кишечнике с проявлениями кожных заболеваний. Согласно данным литературы 29 – 46% больных акне еще до начала лечения страдают дисбиозом кишечника I-II степеней [6,8]. Основными препаратами, вызывающими нежелательное воздействие на микробиоценоз кишечника, являются различные антибиотики [3], особенно влияет их длительное применение [5].

Целью нашего исследования является изучение состояния кишечной микрофлоры у больных акне до и после лечения системным антибиотиком и оценка возможности коррекции выявленной патологии с применением пребиотиков.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 98 пациентов (74 девушки и 24 юноши в воз-

расте 14-18 лет) с папулопустулезной формой акне средней степени тяжести (количество папулопустул колебалось от 10 до 25 шт.). Пациенты были разделены на две группы. Контрольная группа состояла из 46 больных, получавших обычный курс лечения (системный антибиотик, витаминотерапия, местное лечение). Основная группа состояла из 52 больных с теми же клиническими проявлениями, получавших такое же комплексное лечение, но с использованием препарата для лечения дисбиоза.

Все пациенты были обследованы с применением стандартных методов анализа на дисбиоз кишечника, рекомендованных МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского. В процессе лечения у наблюдаемых больных дважды делали забор кала (до лечения и после лечения на 21-е сутки) для исследования состояния кишечной микрофлоры.

Статистическую обработку данных проводили с использованием интегрированного пакета Statistica 8 for Windows фирмы StatSoft. Для анализа результатов использовали непараметрические методы статистики. Расчеты проводили после трансформации значений КОЕ в десятичные логарифмы. Различия показателей микрофлоры до и после лечения для зависимых выборок оценивали с помощью парного Т-теста Уилкоксона, для независимых выборок использовали U-тест Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

При исследовании кишечной микрофлоры после проведенного курса лечения были получены следующие результаты: традиционная терапия системным антибиотиком усугубила имеющиеся нарушения у 14 (56%) обследованных пациентов с изначально измененным составом кишечной флоры. В частности, у 5 (20%) больных наблюдалось снижение общего количества кишечной палочки и бифидобактерий, у 10 (40%) больных отмечено увеличение процентного содержания кокковой флоры (до 67%). У 16 (29,09%) пациентов, не имевших нарушений со стороны кишечной флоры до лечения, после проводимой терапии наблюдались снижение количества бифидобактерий, эшерихий, повышение количества клипсиелл, клостридий, увеличился

процент кокковой флоры до 65-71% за счет увеличения гемолитических стафилококков и энтерококков.

Таким образом, нарушение состояния кишечной микрофлоры у обследованных пациентов усугублялось применением системного антибиотика и в ряде случаев, по нашему мнению, могло явиться причиной слабой эффективности проводимой терапии. Применение антибактериальной терапии у пациентов с отсутствием дисбиотических проявлений в кишечнике к концу лечения (на 21-е сутки) нарушало кишечную флору.

На основании полученных результатов мы пришли к выводу, что необходимым условием для проведения эффективного антибактериального лечения является назначение дополнительных лекарственных препаратов, действие которых может быть направлено на коррекцию дисбиотических нарушений кишечника или их профилактику.

В основной группе у больных с изначально измененным состоянием кишечной флоры показатели на фоне лечения в 19,23% случаев (у 10 пациентов) остались неизменными, однако у 42 (80,77%) больных наблюдалась нормализация количественного состава кишечной микрофлоры. Ни у одного из больных с нормальным состоянием флоры дисбиотических нарушений после лечения не отмечено.

Согласно полученным данным в контрольной и основной группах средние значения показателей для кишечной палочки, бифидобактерий и лактобактерий увеличивались после лечения (рис. 1).

Для контрольной группы уровень значимости различий до и после лечения составлял $p=0.000267$, $p=0.058375$, $p=0.077634$ соответственно. Для основной группы значимость различий до и после лечения составила $p=0.000182$, $p=0.000008$, $p=0.000195$ соответственно. Кроме того, в ходе лечения в контрольной и основной группах уменьшалось

содержание кишечной палочки гемолитической (соответственно $p=0.025627$ и $p=0.000014$), золотистого стафилококка ($p=0.052218$ и $p=0.007686$), энтерококков ($p=0.095028$ и $p=0.018735$), клостридий ($p=0.043428$ и $p=0.001517$) и дрожжеподобных грибов ($p=0.15062$ и $p=0.007686$).

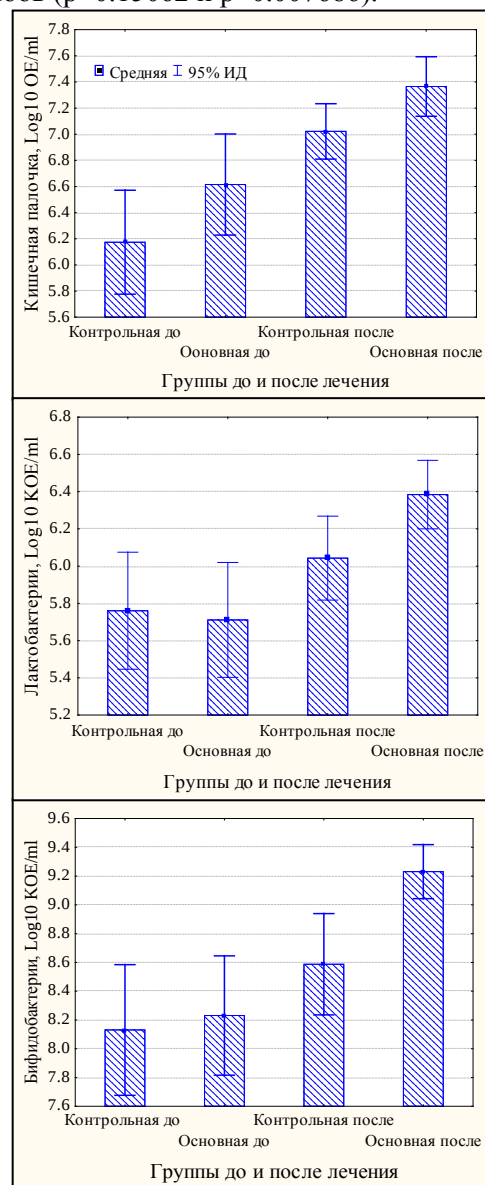


Рис. 1. Показатели кишечной палочки, бифидобактерий и лактобактерий до и после лечения

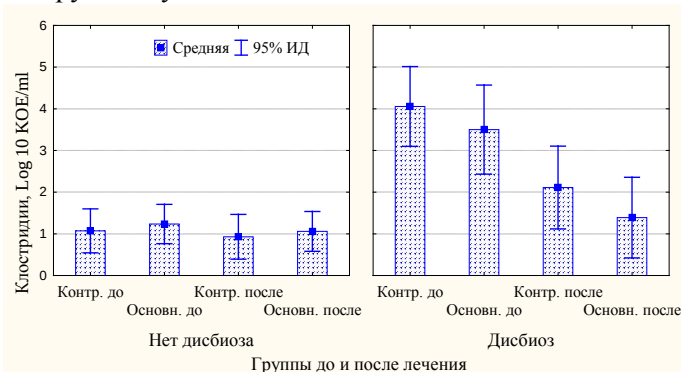


Рис. 2. Показатели клостридий в контрольной и основной группах до и после лечения при наличии и отсутствии дисбиоза

Эти результаты отражают уменьшение содержания некоторых видов бактерий (кишечной палочки гемолитической и клостридий) также и в контрольной группе. Однако они не противоречат приведенным выше данным об ухудшении микробной флоры части больных контрольной группы после традиционного лечения, поскольку имеют отношение к усредненным показателям.

Различия в эффективности лечения в контрольной и основной группах были выяв-

лены также при анализе пациентов с отсутствием и наличием дисбиоза (см. рис. 2,3).

Для пациентов без дисбиоза уровень значимости различий показателя до и после лечения по Т-тесту Уилкоксона составлял: в контрольной группе – $p=0.610121$, в основной группе – $p=0.480177$. Для пациентов с дисбиозом значимость различий составляла: в контрольной группе – $p=0.051340$, в основной группе – $p=0.002218$.

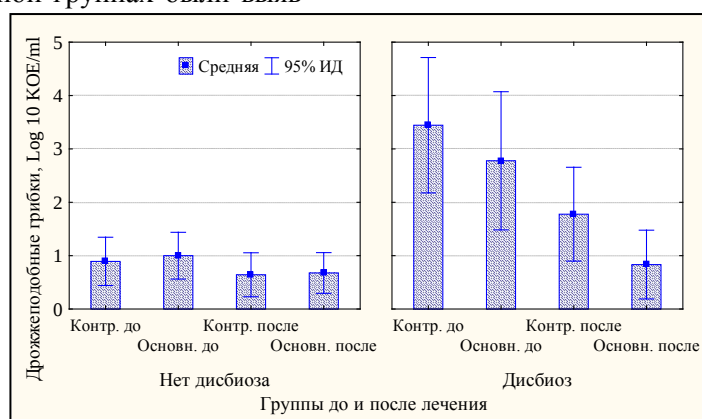


Рис. 3. Средние значения показателей дрожжеподобных грибов в контрольной и основной группах до и после лечения при наличии и отсутствии дисбиоза

Для пациентов без дисбиоза значимость различий до и после лечения составляла: в контрольной группе – $p=0.753153$, в основной группе – $p=0.306625$. Для пациентов с дисбиозом: в контрольной группе – $p=0.197775$, в основной группе – $p=0.005062$.

У пациентов контрольной группы без дисбиоза в ходе лечения не было статистически значимых изменений показателей микрофлоры. В основной группе у лиц без дисбиоза наблюдали значимое увеличение содержания бифидобактерий после лечения ($p=0.024933$). В контрольной группе с дисбиозом увеличилось содержание кишечной палочки ($p=0.000196$), уменьшалось содержание кишечной палочки гемолитической ($p=0.000293$), золотистого стафилококка ($p=0.000196$) и энтерококков ($p=0.015023$). Однако по другим видам бактерий – клостридиям, дрожжеподобным грибам, бифидобактериям, лактобактериям и другим условно-патогенным бактериям – не было статистически значимых изменений в процессе лечения ($p>0.05$). В основной группе пациентов с дисбиозом по всем исследованным видам бактерий наблюдали значимые изменения. У данных лиц увеличивалось содержание кишечной палочки ($p=0.000293$), бифидобактерий ($p=0.000196$), лактобактерий ($p=0.000438$) и уменьшалось содержание кишечной палочки гемолитической ($p=0.000196$), золотистого стафилококка ($p=0.000655$), энтерококков

($p=0.033048$), клостридий (рис.2), дрожжеподобных грибов (рис.3) и других условно-патогенных бактерий ($p=0.002874$).

Эти данные показывают, что при дисбиозе в основной группе наблюдается более выраженная, чем в контрольной группе, нормализация кишечной микрофлоры.

Таким образом, проводимая длительная традиционная терапия с использованием системных антибиотиков отрицательно влияет на состояние микрофлоры кишечника, что у части пациентов проявляется усугублением имеющихся изменений количественного состава микроорганизмов или нарушением их изначально нормального содержания. Это, по нашему мнению, может явиться причиной слабой эффективности проводимой терапии. Использование в комплексном лечении акне препаратов, действие которых направлено на коррекцию дисбиотических нарушений кишечника позволяет избежать побочного действия системных антибиотиков на кишечную микрофлору, а также оказывает лечебный эффект у пациентов с изначально измененными показателями дисбиоза кишечника.

Результаты исследования могут свидетельствовать о том, что состояние кишечной микрофлоры влияет на процесс лечения акне и, возможно, ее ухудшение является одним из триггерных факторов в механизме возникновения акне.

Сведения об авторах статьи:

Зайнуллина Олеся Николаевна – аспирант кафедры факультетской педиатрии с пропедевтикой ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: olisenok@mail.ru
Хисматуллина Зарема Римовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.
Хайретдинова Татьяна Борисовна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской педиатрии с пропедевтикой ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беюл, Е.А. Дисбактериозы кишечника и их клиническое значение /Е.А.Беюл, И.Б. Куваева // Клиническая медицина. – 1986. – №11. – С.37-44.
2. Леванов, В.П. Лечебный лигнин. – СПб., 1992. – 96с.
3. Майорова, А.В. Угревая болезнь в практике врача-дерматокосметолога / А.В. Майорова, В.С. Шаповалов, С.Н. Ахтямов – М.: «Фирма Клавель», 2005. – №6. –85с.
4. Gollnick H. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in acne. //J Am Acad Dermatol. – 2003. – №49. – P.1-37.
5. Cooper A.J. Systematic review of Propionibacterium acnes resistance to systemic antibiotics. //Med J Aust. – 1998. – №169. – P259-261.
6. Goodman G. Acne. Natural history, facts and myths. //Aust Fam Physician. –2006. – №35. – P.613-616.
7. Kraning K.K. Prevalence, morbidity and cost of dermatologic diseases.// J Invest Dermatol. – 1979. – №73. – p395-401.
8. Leyden J.J. Propionibacterium levels in patients with and without acne vulgaris. //J Invest Dermatol. –1975. – №65. – P.382-384.

УДК 616.379 – 008.64-092:616.37-002:612.871]-085.357-036.8(045)

© М.А. Куницына, 2013

М.А. Куницына

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНАЛОГОВЫХ ИНСУЛИНОВ
У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОГЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ
С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ АЛЕКСИТИМИЧНОСТИ**
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского» Минздрава России, г. Саратов

Проведен анализ эффективности аналоговых инсулинов у больных панкреатогенным сахарным диабетом (СД) с высоким уровнем алекситимичности.

Обследовано 67 больных панкреатогенным СД. Степень компенсации углеводного обмена оценивалась по уровню HbA1c. Количество гипогликемических состояний определялось согласно рекомендациям ADA. Уровень алекситимичности изучали по Торонтской шкале, адаптированной в институте В.М. Бехтерева (2000).

Установлено, что для больных панкреатогенным СД с высоким уровнем алекситимичности характерна как недооценка, так и переоценка начальных признаков гипогликемии. Показано, что аналоговые инсулины у больных панкреатогенным СД с высоким уровнем алекситимичности (>70 баллов) являются препаратами выбора в связи с тем, что позволяют максимально скорректировать суточные колебания уровня глюкозы, обусловленные недооценкой симптомов гипогликемии, и снизить уровень HbA1c на 24,0%.

Ключевые слова: панкреатогенный сахарный диабет, алекситимичность, инсулинотерапия.

М.А. Kunitsina

**ANALYSIS OF ANALOGUE INSULINS EFFICACY IN PANCREATOGENIC
DIABETUS MELLITUS PATIENTS WITH HIGH LEVEL OF ALEXITIMITY**

The analysis of analogue insulins efficacy in patients with pancreatogenic diabetes mellitus (DM) and high level of alexitimity has been made.

We have studied 67 patients with pancreatogenic DM. The glucose metabolism compensation was assessed using HbA1c level. The number of hypoglycemic disorders was detected according to ADA recommendations. The alexitimity level was studied using Toronto scale adapted in the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

We have detected the presence of both underestimation and overestimation of hypoglycemic disorders. We have shown that analogue insulins in pancreatogenic DM patients with high level of alexitimity (>70 points) are drugs of choice because they help to update at most the diurnal variations of glucose, caused by underestimation of hypoglycemia symptoms, and decrease the HbA1c level for 24,0%.

Key words: pancreatogenic diabetes mellitus, alexitimity, insulin therapy.

Вся история инсулинотерапии, начавшаяся в 1920 г., представляет собой процесс совершенствования качеств и свойств вводимого инсулина, режимов и методов его введения. К важнейшим достижениям последних лет в лечении сахарного диабета (СД) можно отнести получение качественных генно-инженерных человеческих и аналоговых инсулинов, разработку системы школ по обуче-

нию пациентов самоконтролю и повсеместное их внедрение [2,3,4].

При СД значительная доля ответственности за контроль и лечение заболевания ложится на больного. Многие сложности в лечении СД связаны с особенностями его течения как «немного» заболевания. Для человека при наличии болезни важен собственный чувственный опыт, поэтому наибольшую актив-