

средней степени тяжести (86,7%). Большой интерес представляет дальнейшее обследование группы больных с транзиторным повышением уровня глюкозы крови натощак, так как представляется возможным проследить, как часто изменения гликемии заканчиваются установкой диагноза сахарный диабет, какой временной отрезок необходим для формирования необратимого нарушения углеводного обмена, какие морфологические изменения при этом происходят в поджелудочной железе и существует ли специфика лечения больных с нарушениями углеводного обмена у перенесших ГЛПС. На перечисленные вопросы предстоит ответить в ходе 5-летнего наблюдения за больными, перенесшими ГЛПС, в Рес-

публике Башкортостан на базе кабинета реабилитации больных ГЛПС МУ ГКБ № 5.

Заключение

Распространенное повреждение сосудов микроциркуляторного русла при ГЛПС обуславливает частое повреждение эндокринных органов при этом заболевании, характеризующееся недостаточностью или полной утратой функций соответствующего органа, что в свою очередь может явиться основой формирования эндокринной патологии у реконвалесцентов ГЛПС. Изменения в углеводном обмене у реконвалесцентов ГЛПС требуют динамического диспансерного наблюдения с целью раннего выявления патологии и лечения.

Сведения об авторах статьи:

Артамонова Ирина Владимовна, МУ ГКБ № 5, кабинет реконвалесцентов ГЛПС,

адрес: г. Уфа, ул. Цюрупы, 84. E-mail: vadirina@yandex.ru

Мухетдинова Гузель Ахметовна, к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии ГОУ ВПО БГМУ, МУ ГКБ № 5,

адрес: г. Уфа, ул. Пархоменко, 93

Фазлыева Раиса Магутасимовна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой факультетской терапии БГМУ,

МУ ГКБ № 5, адрес: г. Уфа, ул. Пархоменко, 93

Нелюбин Евгений Викторович, к.м.н., главный врач МУ ГКБ № 5, заслуженный врач РБ 450077,

адрес: г. Уфа, ул. Пархоменко, 93(3472) 726120, факс: (3472) 739667

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрианова, О.Л. Гормональные нарушения у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Материалы Пьсьезд нефрологов России. – М., 1999. – С. 9.
2. Быстровский, В.Ф. Функциональное состояние эндокринной системы у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом (Вопросы патогенеза, клиники и лечения): дис. ... д-ра мед. наук. –СПб., 1996.
3. Дударев, М. В. Клинико-функциональная характеристика последствий геморрагической лихорадки с почечным синдромом и их лечебная коррекция на амбулаторном этапе реабилитации: дис. ... д-ра мед. наук. – Ижевск, 2005.
4. Сиротин, Б. З. Очерки изучения геморрагической лихорадки с почечным синдромом. – Хабаровск, 2005. – С.97-100.
5. Тен, Т.К. Патология гипофизарно-надпочечниковой системы и щитовидной железы у перенесших геморрагическую лихорадку с почечным синдромом// Дальневосточный медицинский журнал. – 2003. – №3. – С. 67-69.
6. Шутов, А.М. Острая почечная недостаточность при геморрагической лихорадке с почечным синдромом: дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1997.
7. Юшук, Н.Д. Функциональное состояние гипофизарно-надпочечниковой и гипофизарно-тиреоидной систем у больных геморрагической лихорадкой с почечным синдромом // Терапевтический архив. – 1996: – Т.68, № 2. – С. 63-64.
8. Miettinen MN Ten-year prognosis of Puumala hantavirus-induced acute interstitial nephritis/ MN Miettinen, SM Makela et al// Kidneyinternational.-2006.-№ 69.-P.2043-2048.

УДК 616.33/342-002.44-07:616.151.511

© Э.Р. Байкова, М.М. Фазлыев, Р.М. Фазлыева, 2011

Э.Р. Байкова, М.М. Фазлыев, Р.М. Фазлыева ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА

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

Обследовано 137 больных неосложненной и осложненной состоявшимся кровотечением язвенной болезнью желудка. Больные группы сравнения получали лечение по эрадикационной трехкомпонентной схеме первой линии «Маастрихт-3», больным основной группы дополнительно применяли даларгин. Эффективность применения комплексного лечения подтверждали регенерацией язвенного дефекта в оптимальные сроки.

Ключевые слова: язвенная болезнь, даларгин, гемостаз, слизистая оболочка, регенерация.

E.R. Baikova, M.M. Fazliyev, R.M. Fazliyeva FEATURES OF HEMOSTASIS SYSTEM IN STOMACH ULCER PATIENTS

An examination of 137 gastric ulcer patients with and without concomitant peptic ulcer bleeding was performed. Control group patients received a triple eradication first-line "Maastricht-3" therapy, while in the intervention group, dalargin was additionally used. The efficacy of the integrated approach was confirmed by ulcer lesions regeneration within the optimal time period.

Key words: peptic ulcer, dalargin, hemostasis, mucous membrane, regeneration.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) представляет собой хроническое, рецидивирующее

заболевание, общим проявлением которого является локальный язвенный дефект слизистой оболочки желудка (СОЖ), развивающийся при дисбалансе между факторами защиты СО и факторами повреждения, приводящего часто к рецидивирующему течению ЯБ с длительной персистенцией *Helicobacter pylori* (Hр) и вялому заживлению язв [4,6,8]. Под влиянием Hр и активирования лейкоцитов при воспалительном процессе в СОЖ происходит повреждение сосудистого эндотелия, нарушения микроциркуляции, трофики тканей с образованием пристеночных тромбов и микроэрозий, связанные с изменениями в системе гемостаза [2,5,7,9]. В связи с этим изучение системы гемостаза и ее влияния на репаративные возможности СО и поиски альтернативного подхода к комплексному лечению ЯБ с применением даларгина с ангио- и цитопротективными, репаративными свойствами [3] может быть вполне оправданным.

Цель работы. Изучить особенности системы гемостаза у больных неосложненной и осложненной состоявшимся кровотечением легкой и средней степени тяжести язвенной болезнью желудка в сопоставлении с клинико-морфологической картиной болезни.

Материал и методы

По данным Арбузовой В.Г. (2002), при ЯБЖ и 12-перстной кишки отмечаются некоторые клинико-патогенетические, морфологические различия, поэтому в работу вошли больные ЯБЖ.

Под нашим наблюдением находилось 137 больных ЯБЖ. Из них обследовано 107 больных с неосложненным течением ЯБ (первая группа) и 30 больных с осложненным состоявшимся язвенным кровотечением (ЯК) ЯБ легкой и средней степени тяжести (вторая группа). Для сравнения достоверности результатов исследований выделили группу из 20 практически здоровых лиц (контроль).

Возраст обследуемых больных варьировал в пределах 20-65 лет и в среднем составлял $46,9 \pm 7,5$ года. Группы больных были сопоставимы между собой по полу и возрасту. Из исследования исключались больные, страдающие гематологическими, онкологическими, сопутствующими заболеваниями в стадии обострения, принимающие антикоагулянты, осложнениями ЯБЖ (пенетрация, малигнизация, профузные кровотечения).

Группы больных неосложненной ЯБЖ в зависимости от применяемых способов лечения были разделены на 2 группы: группу сравнения, включающую в себя 47 больных ЯБЖ и основную группу, состоящую из 60

больных. Группу больных с осложненной ЯБЖ составили 15 больных группы сравнения и 15 – основной группы.

Больные группы сравнения получали стандартную эрадикационную трехкомпонентную терапию первой линии (омепразол $0,02 \times 2$ р/д, амоксициллин $1000 \text{ мг} \times 2$ р/д, кларитромицин $0,5 \times 3$ р/д) в течение 10-14 дней. Больные основной группы дополнительно к данной схеме получали синтетический аналог лей-энкефалина – даларгин с однократным ежедневным внутривенным введением с 10 мл физиологического раствора в течение 14 дней.

Исследование системы гемостаза (в группах с неосложненной и осложненной ЯБЖ) включало определение показателей: количество тромбоцитов определяли в единице объема крови на анализаторе «Cobasmicros», спонтанную, АДФ- и коллагениндуцированную агрегацию определяли на лазерном агрегометре «Биола» по методу Борна, фактор Виллебранда – полуколичественным методом с помощью набора реагентов фирмы «Dade-Behring» (Германия). АТ-III определяли хромогенным методом на анализаторе «Sysmex 1500» с использованием реактивов фирмы «DadeBehring», Д-димер – полуколичественным методом на аппарате «Tulip» (Индия).

Всем больным в первые сутки и на 14-е сутки лечения проводилось эндоскопическое и морфологическое исследования. Больным с длительно рубцующимися язвами назначали дополнительно: при наличии Hр - четырехкомпонентную схему лечения первой линии в стандартных дозировках с дальнейшим эндоскопическим исследованием через месяц, при отсутствии инфекционного агента - антисекреторные препараты.

Статистическая обработка результатов исследований проводилась с использованием программы MicrosoftExcelStatistika 6.

Результаты и обсуждение

В первой группе больных в результате комплексного лечения с включением даларгина на 2-3-и сутки наблюдения отмечалась отчетливая положительная динамика клинической картины в виде уменьшения абдоминальных болей, изжоги, тошноты, рвоты, отрыжки, вздутия живота, нормализации стула. В группе сравнения положительный клинический эффект наблюдался позднее - на 4-5-е сутки.

Результаты наших исследований указывали на разнонаправленные изменения в сосудисто-тромбоцитарном и коагуляционном звеньях гемостаза.

Количество тромбоцитов в обеих груп-

пах в сравнении с контролем имело тенденцию к увеличению, однако не является статистически значимым ($p > 0,05$). Отмечалось увеличение спонтанной агрегации в обеих группах ($p < 0,05$), в показателях индуцированной агрегации при обострении заболевания отмечалась тенденция к гиперагрегации с АДФ 5мМ в группе с неосложненной ЯБЖ ($58,2 \pm 6,12$) и тенденция к гипоагрегации в группе пациентов с состоявшимся ЯК ($47 \pm 5,3$). Коллагениндуцированная агрегация в обеих группах находилась в недостоверных пределах статистических колебаний в сравнении с контролем ($59,1 \pm 6,7$) и тенденцией к снижению в группе с ЯК ($54,5 \pm 5,36$). Уровень фактора Виллебранда был повышен или находился на верхней границе физиологической нормы более чем у 34 больных из первой группы (56%) и у 22 пациентов из второй группы (73%). Показатели активности АТ-III в первой группе ($93,8 \pm 4,7$) недостоверно снижались, у больных с ЯК ($84,5 \pm 8,47$) при контроле ($97,1 \pm 9,37$) наблюдалось достоверное его снижение ($p < 0,05$). Д-димер увеличивался до $0,4 \pm 0,16$ мг/л в первой группе и до $0,5 \pm 0,15$ мг/л во второй группе соответственно, при контроле $0,2 \pm 0,02$ мг/л.

Эндотелиальная дисфункция сосудов, которая выявлялась в нашем исследовании у больных ЯБЖ, отражала течение болезни и определяла степень клинкоморфологических изменений у больных.

Картина латентного ДВС, о которой судили по повышению Д-димера, разнонаправленным сдвигам, снижению АТ-III, нарушениям количества и функциональных свойств тромбоцитов, отмечалась только у 6 из 30 пациентов второй группы и ни у одного пациента второй группы.

В отличие от ранее проведенных рядом авторов исследований пациентов с тяжелыми кровотечениями картины острого ДВС крови не имелось ни у одного нашего обследованного пациента, что можно объяснить однократным эпизодом кровотечения с небольшим объемом кровопотери.

В результате эндоскопического исследования в обследуемых группах преимущественно выявлялись язвы малых размеров (58,9%). При изучении гистологической картины биоптатов желудка в период обострения неосложненной ЯБЖ выявлялась в большинстве случаев (78,5%) нейтрофильная, лимфо-плазмоцитарная инфильтрация СОЖ, периваскулярный отек, сладж-синдром, нарушения в микроциркуляции, сужение мелких сосудов и выраженные атрофические явления (рис. 1).

Во всех случаях у обследуемых больных ЯБЖ выявлялся инфекционный агент - *Helicobacter pylori* (Hр). В основной группе ($n=60$) выраженная степень их персистенции наблюдалась в 28 (46,7%) случаях, средняя степень – в 23 (38,3%), слабая – в 9 (15%) случаях. В группе сравнения ($n=47$) выраженная степень колонизации Hр наблюдалась у 21 (44,7%), средняя – у 19 (40,4%), слабая – у 7 (14,9%) больных.

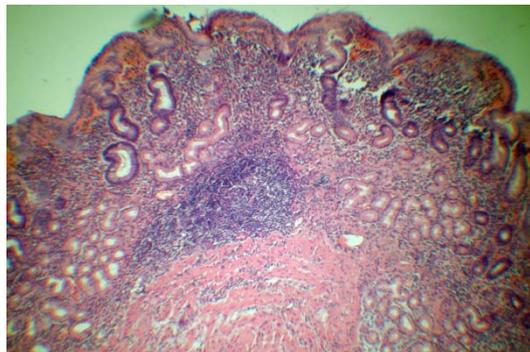


Рис. 1. Слизистая оболочка желудка в области язвенного дефекта больного Н. при обострении язвенной болезни (атрофия и истончение слизистой оболочки, выраженная воспалительная активность, в поле зрения гиперплазия лимфоидной ткани), окр. гематоксилином и эозином, ув. х 100

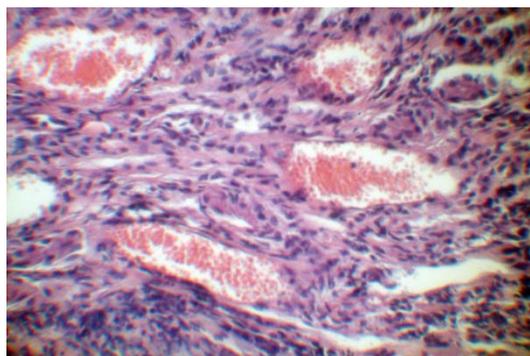


Рис. 2. Слизистая оболочка желудка в области язвенного дефекта больного У. при обострении язвенной болезни (выраженное полнокровие сосудов, воспалительная, лимфо-макрофагальная инфильтрация в строме), окр. гематоксилином и эозином, ув. х 400

В морфологической картине у больных с осложненной ЯБЖ также наблюдались признаки воспаления, при этом форменные элементы не проявляли признаков адгезии или агрегации и находились во взвешенном, рыхлом состоянии. В области дна язвы прослеживались диапедезные кровоподтеки, просачивание стромы форменными элементами крови, полнокровие сосудов, экссудативное воспаление слизистой, лимфо-плазмоцитарная инфильтрация, моноциты, макрофаги (рис. 2).

При повторной ФГС в основной группе у больных неосложненной ЯБЖ у 31 (51,7%) обследуемого язва находилась в стадии рубцевания, у 20 (33,3%) больных язва была рубцующейся (в стадии «красного рубца»), у 9 (15%) наблюдалось заживление язвы эпители-

защитой, эрадикация была достигнута в 87,5% случаев. В группе сравнения язвенный дефект зарубцевался в 17 (36,2%) случаях, у 21 (44,7%) больного язва была рубцующейся, у 9 (19,1%) больных язва не зарубцевалась. Элиминация Нр в группе сравнения достигала 60%. Эффективность лечения больных основной группы подтверждалась стиханием морфологических признаков воспаления: наблюдались уменьшение лимфоплазмозитарной инфильтрации СОЖ, снижение степени атрофии железистых элементов, повышение количества фиброцитов, эпителиальных клеток, что указывало на восстановление структуры органа. В группе сравнения во всех случаях сохранялись признаки умеренного воспаления, более выраженные в 6% случаев вялого заживления язвенного дефекта. В группе больных с осложненной ЯБЖ заживление язв происходило в более длительные сроки. Вы-

раженность гемостазиологических нарушений соответствовала тяжести течения заболевания и отражала степень морфологических изменений.

К концу лечения, по нашим данным, состояние реологии крови и микроциркуляции улучшалось, впоследствии обеспечивались адекватное кровоснабжение СОЖ и регенерация язв в оптимальные сроки. Таким образом, результаты наших исследований подтверждают ангио и цитопротективные, репаративные свойства даларгина. Необходимо продолжить изучение характера нарушений гемостаза в сопоставлении с морфологическими нарушениями при ЯБЖ, что позволит рассматривать новый альтернативный подход к патогенетическим методам лечения с применением дополнительно к эрадикационной схеме терапии препаратов направленного действия.

Сведения об авторах статьи:

Байкова Эльвира Рашидовна, аспирант кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО БГМУ, г. Уфа, ул. Мингажева, 59, индекс 450077, раб.тел.: 8(347)291-23-24, e-mail: elvirab81@mail.ru.

Фазлыев Марат Мадарисович, д.м.н., профессор кафедры терапии и клинической фармакологии ИПО БГМУ, раб.тел.: 8(347)279-41-82, e-mail: hosp_ufa@mail.ru.

Фазлыева Раиса Мугатасимовна, зав. кафедрой факультетской терапии ГБОУ ВПО БГМУ, д.м.н., профессор, раб.тел.: 8(347)273-92-82.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбузова, В.Г. Сравнительная характеристика клинко-патогенетических особенностей язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки : дис... д-ра мед. наук – М., – 2002.
2. Баринов, Э.Ф. Агрегационная активность тромбоцитов при кровотечении из язв гастродуоденальной зоны / Э.Ф.Баринов, О.Н. Сулаева // Медицинский вестник Башкортостана. –2009. – С. 42.
3. Булгаков, С.А. Даларгин в гастроэнтерологии. – М.: ООО «Мегард Групп», 2008. –50с.
4. Кононов, А.В. Цитопротекция слизистой оболочки желудка: молекулярно-клеточные механизмы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. - № 3. – С. 12–16.
5. Курочкин, А.В. Состояние сосудисто-тромбоцитарного гемостаза при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, осложненной кровотечением: дис... канд. мед. наук. – М., 2009. – 25 с.
6. Маев, И.В. Язвенная болезнь/И.В. Маев, А.А. Самсонов. – М.: Миклош, 2009. – 431 с.
7. Циммерман, Я.С. Актуальные проблемы клинической гастроэнтерологии: клинические очерки. – Пермь, 2008. – 360 с.
8. Чернин, В.В. Болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки: руководство для врачей. – М.: ООО «МИА», 2010. – 528 с.
9. Konturek S.J. Helicobacter pylori infection delays healing of ischaemiareperfusion induced gastric ulcerations: new animal model for studying pathogenesis and therapy of H. pylori infection / S.T. Konturek, T. Brzozowski, P.C. Konturek // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2002. – Vol. 12. – N 12. – P. 1299–313.

УДК 616.8-057.36/8-085.851:159.913

© Г.М. Биккина, 2011

Г.М. Биккина

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К МЕДИКО–ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЯХ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздравсоцразвития России, г. Уфа

Выполнение сотрудниками органов внутренних дел профессиональных обязанностей в экстремальных условиях приводит к развитию психотравмы, что проявляется психоэмоциональными нарушениями. В результате осуществления служебной деятельности в особых условиях формируется симптомокомплекс посттравматического стрессового расстройства. Представлены результаты оценки эффективности разработанной нами системы медико-психологической коррекции.

Ключевые слова: сотрудники ОВД, психоэмоциональный статус, медико-психологическая коррекция.

G.M. Bikkinina

INNOVATIVE APPROACHES TO MEDICO–PSYCHOLOGICAL AFTERTREATMENT IN EXTREME TRADES