

Выводы

Видеоэндоскопические операции имеют ряд преимуществ перед традиционными способами вмешательства. Предложенная операция является усовершенствованным способом операции на грудном отделе позвоночника за счет эндоскопической техники и специального инструмента.

Л и т е р а т у р а

1. Коваленко К.Н. Хирургия костно - суставного туберкулеза // Проблемы туберкулеза. - 2001. - №9. - С. 45-47.
2. Мицкевич В.А. Торакоскопия позвоночника. - М., 2004.
3. Мушкин А.Ю. Принципы оценки и возможности хирургической коррекции кифозов при туберкулезном спондилите у детей // Роль хирургических методов в лечении внелегочного туберкулеза. - СПб., 2000. - С. 13-14.

4. Ракишев Г.Б., Аманжолова Л.К., Дюсембаев К.А. Хирургическое лечение туберкулезного спондилита // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. - 2001. - С. 178.

5. Струков А.И., Соловьева И.П. Морфология туберкулеза в современных условиях. - М., 1989.

6. Талантов В.А. Патологическая анатомия туберкулеза позвоночника: дис. ... д-ра мед. наук. - Л., 1965.

7. Schmaus H. Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks. - Wiesbaden. - 1991.

Координаты для связи с авторами: Белов Сергей Анатольевич — врач-хирург торакального отделения Приморского противотуберкулезного диспансера, тел.: 8-902-529-69-90; Бобырева Марина Геннадьевна — зав. 4-м легочным хирургическим отделением Приморского краевого противотуберкулезного диспансера, тел.: 8-914-790-49-28.



УДК 616.12 - 06 - 008.331.1 - 053.9(571.56)

И.Ф. Баннаев², А.М. Пальшина¹, Г.А. Пальшин¹, А.Н. Комиссаров²

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Медицинский институт Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова¹, 677000, ул. Белинского, 58, тел.: 8(4112) 35-20-90, e-mail rectors-syfu@ysu.ru;
Республиканская больница №2² - Центр экстренной медицинской помощи, г. Якутск

В России 40,8% взрослого населения страдает артериальной гипертензией (АГ) [2, 8, 9]. В возрастной группе старше 50 лет у 30-33% женщин и 22-24% мужчин диагностируется остеопороз (ОП) [1, 4]. У пациентов с тяжелым течением остеопороза первое место занимают переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) [3, 5]. ППОБК характеризуется смертностью 12-40% в течение первого года, инвалидностью 60% и высокой стоимостью лечения [4]. Из числа выживших 78% пациентов, спустя год, и 65,5% после двух лет нуждаются в постоянном уходе [7].

В г. Якутске частота ППОБК на фоне ОП в среднем составляет 162,2 на 100 тыс. чел. за 1 год [3, 5] и превышает общероссийские показатели (105,9 на 100 тыс. чел.) [1] в 1,5 раза. 67% больных с осложненным ОП страдают АГ [6]. Для достижения целевого уровня АД 75% пациентам требуется комбинированная терапия [10, 11].

Попадая в стационар, больные АГ пожилого и старческого возраста с ППОБК испытывают большой дискомфорт от новой обстановки. Болевой синдром, гиподинамия, изменение психоэмоциональной сферы, кровопотеря на фоне перелома бедренной кости, нарушение водно-электролитного баланса в совокупности приводят

к декомпенсации хронических заболеваний и появлению фатальных и нефатальных осложнений органов и систем. Для ранней активизации, снижения осложнений и декомпенсации сопутствующих заболеваний, улучшения качества жизни этой группы больных нами разработан алгоритм комплексной терапии.

Материалы и методы

В 2003-2008 гг. 120 (102 женщины, 18 мужчин, средний возраст — 75,6±0,6 лет) больным АГ с осложненным ОП проведена комплексная терапия. Стационарный этап комплексной терапии состоит из компонентов: адекватного обезболивания, снижения эмоционального напряжения, антигипертензивной терапии, профилактики тромбоэмболических осложнений, лечения и профилактики обострений хронических заболеваний, лечения остеопороза и ППОБК. При наличии декомпенсированных заболеваний проводили консультации специалистов (кардиолог, эндокринолог, невролог, физиотерапевт, клинический фармаколог, психотерапевт), дополнительные исследования (ЭхоКГ, УЗИ сосудов, рентгеновская томография и т.д.) и лечение заболеваний.

Обезболивание. Лечение начинали с адекватного обезболивания. В зависимости от выраженности болевого синдрома проводили новокаиновые блокады, наркотические препараты и НПВС (1% раствор тримеперидина 1,0 мг в/в, в/м; 5% раствор трамадола 2,0 мг в/в, в/м; кеторолак 1,0-2,0 мг в/м).

Лечение АГ. Антигипертензивные препараты назначали, учитывая предшествующую терапию, сопутствующие заболевания, переносимость лекарственных препаратов. АД снижали постепенно, на 10-15% от исходного уровня титрованием дозы антигипертензивных препаратов. В зависимости от степени АГ, сопутствующих заболеваний использовали монотерапию, комбинации 2 или 3 препаратов по рекомендациям ВНОК (Москва, 2008). Проводили коррекцию психоэмоциональных нарушений. В первые дни пребывания в стационаре больным с ППОБК необходима психологическая помощь для безболезненной адаптации к новым условиям. Для снижения эмоционального напряжения больным в первые сутки стационарного лечения и перед оперативным вмешательством назначали седативные препараты (сибазон 10 мг/сут, феназепам 0,001 мг/сут). Психологом были применены методы коррекции: психологическое консультирование, клиническая беседа, техника активного слушания, убеждения, техника терапии рисунком. Основные методы были направлены на формирование и выработку у больных адекватных поведенческих стереотипов, формирование позитивных установок к проведению лечения, к дальнейшей жизни.

Профилактика и лечение хронических заболеваний.

При обострении хронических заболеваний сердечно-сосудистой, бронхолегочной, пищеварительной системы и мочевыводящих путей проводили медикаментозную терапию. Терапия этих заболеваний осуществлялась в соответствии с рекомендациями и стандартами. Инструктор проводил занятие по обучению лечебной физкультуре. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений проводили согласно рекомендациям ВНОК с участием кардиолога.

Пациентов с СД 2 типа с таблетированных гипогликемических препаратов переводили на инсулинотерапию под контролем уровня гликемии с участием эндокринолога.

Лечение анемии. При анемии легкой и средней степени тяжести терапию проводили препаратами железа (сорбифер дурулес по 1 таб. 2 раза/сут; ферроплекс по 1-2 драже 3 раза/сут), витамином В₁₂ (цианокобаламин ежедневно по 200 мкг парентерально) и фолиевой кислотой (5-10 мг/сут, внутрь). По медицинским показаниям при тяжелом анемическом синдроме осуществляли заместительную гемотрансфузию.

Профилактика тромбоэмболических осложнений. Всем пациентам проводили профилактику тромбоэмболических осложнений низкомолекулярными препаратами гепарина. Также использовали немедикаментозные методы профилактики тромбоэмболических осложнений: эластичное бинтование, лечебную физкультуру под руководством инструктора ЛФК.

Лечение остеопороза. Больным назначали препараты кальция и витамина Д (кальций Д3 Никомед 1000 мг/сут и 400 МЕ витамина Д), бисфосфонаты: алендронат (фосомакс 10 мг/сут) или золендроновую кислоту (акласта 5 мг/100 мл), стронция ранелат (бивалос по 2,0 мг/сут).

Изучены отдаленные результаты многокомпонентной комплексной терапии 120 пожилых пациентов с артериальной гипертензией и осложненным остеопорозом в сравнении с аналогичной группой из 114 больных, получивших специализированное лечение в травматологическом отделении РБ №2 - ЦЭМП. У больных основной группы, получивших комплексную терапию, смертность через 2 года после стационарного лечения составила 23,3%, в группе сравнения — 38,6%. Физическая активность в основной группе у 57,6% больных была удовлетворительной, у 17,4% отсутствовал болевой синдром, 6,5% пациентов нуждались в постоянном уходе. В группе сравнения эти показатели были 27,1; 2,9 и 30% соответственно.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, осложненный остеопороз, комплексная терапия.

I.F. Bannaev, A.M. Palshina, G.A. Palshin,
A.N. Comissarov

EVALUATION OF COMPLEX THERAPY EFFECTIVENESS IN ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AND COMPLICATED OSTEOPOROSIS

Medical institute of the North-Eastern federal university
named after M.K. Ammosov;
Republican hospital №2 - the Center
of emergency medical care, Yakutsk

Summary

The long-term results of the multicomponent complex therapy of 120 elderly patients with arterial hypertension and complicated osteoporosis were studied and compared with the similar group of 114 patients who had received specialized treatment in department of traumatology. The mortality rate of the main group of patients in 2 years after hospital treatment having received complex therapy comprised 23,3%, in the comparison group — 38,6; 57,6%. Patients of the main group had satisfactory physical activity, 17,4% had no pain syndrome and 6,5% needed constant care. In the comparison group the indicators were 27,1; 2,9; 30%, respectively.

Key words: arterial hypertension, complications, osteoporosis, complex therapy.

Оперативное лечение. Больные АГ I ст. и ППОБК при отсутствии декомпенсированных заболеваний оперировались в течение 1 сут стационарного лечения после стабилизации АД. Проводили остеосинтез пластиной, динамическим бедренным винтом или тотальное эндопротезирование. Больным АГ II и III ст. с ППОБК при отсутствии декомпенсированных заболеваний осуществляли предоперационную подготовку с постепенным снижением АД. Оперативное вмешательство проводили по стабилизации состояния и компенсации заболеваний на 3-7 сут госпитализации. При невозможности компенсации заболеваний в течение 1 нед. ППОБК лечили консервативно. После завершения стационарного лечения всем больным рекомендовалось обязательное продолжение антигипертензивной терапии и мероприятий по лечению ОП.

**Отдаленные результаты лечения больных
пожилого возраста с артериальной гипертензией
и остеопорозом, осложненным ППОБК**

Показатели	Группа исследования		Группа сравнения	
	n	% (95% ДИ)	n	% (95% ДИ)
Летальность за 2 г. наблюдения	28	23,3 (16-32)	44	38,6 (30-48)
Ходит:				
- без опоры	27	29,3 (20-40)	4	5,7 (0,7-15)
- с тростью	43	46,7 (36-57)	14	20,0 (11-31)
- на костылях	17	18,5 (11-28)	35	50,0 (37-62)
Не ходит	5	5,5 (1-13)	17	24,3 (14-36)
Боли:				
- отсутствуют	16	17,4 (10-27)	2	2,9 (0,9-11)
- при нагрузке	24	26,1 (17-36)	19	27,1 (17-39)
- ноющие, в покое	38	41,3 (31-52)	29	41,4 (30-54)
- постоянные боли	14	15,2 (8-24)	20	28,6 (18-40)
Физическая активность удовлетворительная	53	57,6 (46-67)	19	27,1 (17-39)
Ходит по квартире, обслуживает себя полностью	24	26,1 (17-36)	13	18,6 (10-30)
Ходит по квартире, обслуживает себя не полностью	9	9,8 (4-18)	17	24,3 (14-36)
Нуждается в постоянном уходе	6	6,5 (2-14)	21	30,0 (19-42)

Результаты и обсуждение

Оценка эффективности комплексной терапии проводилась в течение 2 лет после стационарного лечения по уровню физической активности, наличию и периодичности болевого синдрома, функциональной способности пациентов (таблица).

Важным критерием эффективности лечения и определяющим фактором качества жизни больных является двигательная активность. Удовлетворительная физическая активность отмечалась у 53 (57,6±5,2%) чел. В пределах квартиры с помощью дополнительных средств передвигались 33 (35,8±5%) чел. Из них 24 (26,1±4,6%) чел. не могли обслуживать себя полностью. Не смогли двигаться и нуждались в постоянном уходе 6 (6,5±2,6%) чел.

Вторым определяющим фактором качества жизни и критерием эффективности лечения является наличие болей, их периодичность. Боли отсутствовали у 16 (17,4±3,9%) чел. На наличие болей при нагрузке указывали 24 (26,1±4,6%) чел. Постоянные боли в области тазобедренного сустава имелись у 14 (15,2±3,7%) чел. Среди прослеженных пациентов в течение двух лет после выписки из стационара умерли 28 (23,3%) чел.

Для сравнения результатов лечения была выбрана группа пациентов АГ с осложненным ОП, которые лечились до внедрения разработанного алгоритма в период с 1997 по 2001 г. Через 2 г. после стационарного лечения отдаленные результаты прослежены у 114 чел. (28 мужчин и 86 женщин), средний возраст 74,8±1,8 лет (таблица). Свою физическую активность как «удовлетворительную» оценивали 19 (27,7±5,3%) чел. Среди прослеженных пациентов 4 (5,7±2,8%) чел. передвигались без средств дополнительной опоры. С помощью трости ходили 14 (20,0±4,2%) чел. Передвигались с помощью

костылей 35 (50±6%) чел. Не могли самостоятельно передвигаться и были прикованы к постели 21 чел.

Боли отсутствовали у 2 (2,9±1,8%) женщин. При нагрузке боли испытывали 19 (27,1±5,3%) чел. Периодические боли в тазобедренном суставе отмечались у 29 (41,4±5,9%) чел. Постоянные боли отмечались у 20 (28,6±5,4%) чел. Вели активный образ жизни, выходили на улицу 19 (27,1±5,3%) чел. Могли полностью обслуживать себя 13 (18,6±4,6%) чел., но передвигались в пределах квартиры. Также передвигались в пределах квартиры 17 (24,3±5,1%) чел., но периодически нуждались в посторонней помощи. В постоянном уходе нуждался 21 (3,0±2,0%) чел.

За 2 года после стационарного лечения умерли 44 чел. Летальность составила 38,6%.

Таким образом, имеются различия в эффективности результатов лечения пациентов с артериальной гипертензией и осложненным остеопорозом основной группы и группы сравнения в течение 2 лет после лечения в стационаре (p=0,01). Предложенный алгоритм многокомпонентной комплексной терапии больных с артериальной гипертензией и осложненным остеопорозом существенно улучшает отдаленные результаты, снижает смертность и улучшает качество жизни пациентов.

Л и т е р а т у р а

1. Остеопороз. Диагностика, профилактика и лечение: клин. рек. [под ред. О.М. Лесняк, Л.И. Беневоленской]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 272 с.
2. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Старостина Е.Г. и др. Пути улучшения контроля артериальной гипертензии. Основные результаты рос. науч.-практ. программы АР-ГУС-2 // Клиническая фармакология и терапия. - 2007. - №16(2). - С. 1-7.
3. Комиссаров А.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика переломов проксимального отдела бедренной кости на почве остеопороза в условиях Крайнего Севера: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Якутск, 2004. - 24 с.
4. Михайлов Е.Е. Эпидемиология остеопороза и переломов: руководство по остеопорозу [под ред. Л.И. Беневоленской]. - М.: БИНОМ, 2003. - С. 10-53.
5. Пальшин Г.А., Комиссаров А.Н. Эпидемиология, клиника, диагностика, особенности течения и лечения патологических переломов шейки бедренной кости на почве системного остеопороза по данным ОТО РБ№2-ЦЭМП // Актуальные проблемы экстренной медицинской помощи. Новые технологии в травматологии и ортопедии: мат-лы конф. - Якутск, 2002. - С. 114-119.
6. Пальшина А.М., Пальшин Г.А., Баннаев И.Ф. Структура артериальной гипертензии у больных с осложненным сенильным остеопорозом: тез. Рос. национ. конгресса кардиологов. - М., 2006. - С. 277.
7. Торощова Н.В., Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И. Проблема остеопороза в современном мире // Рос. мед. журнал. - 2005. - Т. 13, № 24 (248). - С. 1582-1585.
8. Чазова И.Е. Лечение артериальной гипертензии: современные представления // Тер. архив. - 2007. - Т. 79, №9. - С. 5-8.
9. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных

препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиол. журнал. - 2006. - №4. - С. 45-50.

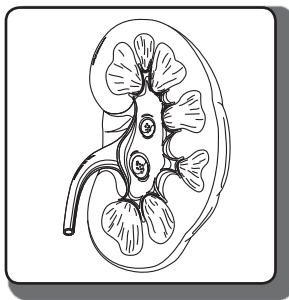
10. Mancia G., Laurent S., Agabiti - Rosel E. Reappraisal of European guidelines of hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document // Blood Pressure. - 2009. - Vol. 18(6). - P. 308-347.

11. Grandman A.H., Basile N., Carter B.L. et al. Combination therapy in hypertension. ESH Position Article // J Am Soc Hypertens. - 2010. - Vol. 4(1). - P. 42-50.

Координаты для связи с авторами: *Баннаев Имраддин Фаррух-оглы* — врач-терапевт Республиканской

больницы №2 - Центра экстренной медицинской помощи, тел.: 8-914-234-66-56, e-mail: bimraddin@mail.ru; *Пальшина Аида Михайловна* — канд. мед. наук, доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии, профессиональных болезней и клинической фармакологии МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, тел.: 8-914-226-59-39; e-mail: palshina.aida@rambler.ru; *Пальшин Геннадий Анатольевич* — доктор мед. наук, профессор, зам. директора по науч. работе МИ СВФУ им. М.К. Аммосова; *Комиссаров Анатолий Николаевич* — канд. мед. наук, зав. травматолого-ортопедическим отделением Республиканской больницы №2 - Центра экстренной медицинской помощи.





УДК 616.65 - 007.61

М.И. Петричко¹, А.А. Волков², Н.В. Будник², А.Р. Духин²

ОЦЕНКА СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК ОСНОВЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ДГПЖ ДО НАЧАЛА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ

*Центральная клиническая больница №2 им. Н.А.Семашко ОАО «РЖД»¹, г. Москва;
Дорожная клиническая больница ст. Ростов-Главный ОАО «РЖД»², г. Ростов-на-Дону*

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — наиболее распространенное заболевание у мужчин старше 50 лет, прогрессирующее с возрастом, характеризующееся увеличением простаты и сопровождающееся симптомами нижних мочевых путей (СНМП) [6, 9]. Эпидемиологические исследования демонстрируют, что даже у больных со значительным увеличением размера предстательной железы (ПЖ) клинические симптомы могут долгое время не развиваться. Существующая проблема позднего обращения больных ДГПЖ за медицинской помощью и потому традиционно преимущественное применение хирургических вмешательств в лечении этого заболевания в последнее время решается путем профилактических программ ранней диагностики рака простаты. Достижения современной науки в изучении патогенеза ДГПЖ и успехи фармации в производстве на основе данных проводимых исследований лекарственных препаратов позволили врачам-урологам перейти от хирургического лечения этих больных к преимущественно медикаментозной терапии [10].

Среди наиболее изученных механизмов патогенеза ДГПЖ в настоящее время известны следующие: повышенная стромальная и железистая пролиферация в периуретральной зоне простаты, повышенный ангиогенез, сниженный апоптоз, повышенная чувствительность α -адренорецепторов детрузора, что приводит к увеличению объема ткани простаты и развитию СНМП. Существенными клиническими моментами являются сдавление простатической части уретры увеличенными аденоматозными узлами и гиперактивность мочевого пузыря [15]. Так как ведущими признаками ДГПЖ являются нарушения мочеиспускания, для стандартизации симптомов этих расстройств в 2002 г. Международным обществом по проблемам, связанным с недержанием мочи (ICS), утвержден термин «симптомы нижних мочевых

путей». Данный термин объединяет три группы симптомов: симптомы накопления (учащенное мочеиспускание в дневное время и ноктурия), симптомы опорожнения (медленная или прерывистая струя мочи, разбрызгивание струи мочи, затрудненное начало мочеиспускания и натуживание при мочеиспускании) и симптомы после опорожнения (чувство неполного опорожнения мочевого пузыря и терминальное «подкапывание») [2].

С позиции пациента, а именно так нужно решать подходы к лечению заболевания, СНМП — это главная проблема при ДГПЖ, значительно ухудшающая качество их жизни, которое также существенно усугубляется нарастающей эректильной дисфункцией (ЭД). ЭД является высокораспространенным заболеванием у мужчин, но существенно увеличивается с возрастом [13]. Многочисленные исследования, проводимые в различных странах, показали существенную положительную корреляцию между СНМП/ДГПЖ и ЭД [3, 4]. СНМП и ЭД взаимно отягощают друг друга, значительно ухудшая качество жизни [5]. Вопросы степени влияния разных проявлений СНМП на ЭД и их взаимосвязи остаются открытыми [1].

Изучение проблемы СНМП/ДГПЖ и ЭД напрямую связано с возрастным андрогенным дефицитом (ВАД) у мужчин. Европейской ассоциацией по изучению здоровья пожилых мужчин рекомендован термин Testosterone Deficit Syndrome (TDS). ВАД представляет собой клинический и биохимический синдром, связанный со старением и характеризующийся симптомами хронической недостаточности системного действия тестостерона. ВАД проявляется нарушением функции различных органов и систем и значительно снижает качество жизни пациентов [14]. ЭД может быть одним из симптомов ВАД, который, свою очередь, у пациентов с ДГПЖ может приводить к усилению СНМП [11].