

Выводы

1. Использование фотомодифицированной крови на фоне общепринятой терапии реактивных урогенных артритов значительно повышает показатель этиологической излеченности у больных с затянувшимися и хроническими формами заболевания в минимальной и средней степени его активности.

2. Включение в программу лечения патологических состояний, ассоциированных с менопаузой, низкоэнергетического лазерного облучения крови и центральной электроанальгезии позволяет осуществлять комплексное воздействие на различные звенья их патогенеза, что не только существенно улучшает функциональное состояние опорно-двигательного аппарата, но и значительно смягчает симптоматику климактерического синдрома.

3. Активное участие психотерапевта в реабилитационных мероприятиях, проводимых у больных РА, не только способствует улучшению течения заболевания со стороны суставного синдрома, но и повышает социальную адаптацию пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовская И.А., Левкина М.В. Деформирующий остеоартроз и антиоксидантная система крови // Клини. ревматол. 1995. №1. С.31-33.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1989. 592 с.
3. Wilhelm I. Metabolic aspects of membrane lipid peroxidation // Acta Universitatis Carolinae Medica/ Monographia CXXXVII. Praha, 1990. 180 p.

УДК: 616.13 - 004.6

В.С. Мякотных, Т.А. Боровкова

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ

Уральская государственная медицинская академия, Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь для ветеранов войн

Атеросклероз поражает артерии крупного и среднего калибра самой различной локализации [7]. При этом, на наш взгляд, можно только на определенном временном отрезке развития патологического процесса говорить об изолированном атеросклеротическом поражении церебральных,

коронарных артерий, брахиоцефальных ветвей дуги аорты, сосудов нижних конечностей и др. Быстрое прогрессирование атеросклероза преимущественно в пожилом и старческом возрасте неизбежно приводит к распространенному, сочетанному атеросклеротическому поражению, по-существу охватывающему весь организм [5].

В данных условиях лечение атеросклероза и профилактика его дальнейшего развития и распространения являются достаточно сложными задачами, зачастую требующими использования многих лекарственных препаратов [1]. Последнее противоречит положениям гериатрической клинической фармакологии, говорящим о недопустимости применения активной полипрагмазии в пожилом и старческом возрасте [4,6]. В связи с изложенным нами была поставлена задача разработки достаточно действенного способа активной противосклеротической терапии, который бы оказывал максимальное лечебное воздействие на многочисленные органы и системы и не требовал использования значительного арсенала сильнодействующих медикаментозных препаратов.

Наблюдались 76 больных с сочетанным атеросклеротическим поражением церебральных, коронарных сосудов, брахиоцефальных ветвей дуги аорты, периферических сосудов нижних конечностей. Возраст пациентов - от 46 до 86 лет, преобладали лица пожилого и старческого возраста - 65 (85,5%). Диагноз распространенного атеросклероза устанавливался клинически и с помощью лабораторных и инструментальных методов обследования. В ходе лабораторных исследований ведущая роль отводилась определению уровня содержания липидов (холестерина, бета-липопротеиды, триглицериды) в крови, а также соотношению, взаимоотношениям свертывающей и противосвертывающей систем крови. Комплекс инструментальных исследований включал в себя ультразвуковую доплеросонографию (УЗДГ) сосудов головного мозга и шеи, реовазографию (РВГ) сосудов нижних конечностей, электрокардиографию (ЭКГ) в сочетании с ритмографическими исследованиями. В течение 30-35 дней больные обследовались и лечились в условиях специализированного гериатрического стационара, затем лечение и динамическое наблюдение продолжались амбулаторно, в течение 6 и более месяцев. Все пациенты страдали хронической формой цереброваскулярной болезни и артериальной гипертензией. Согласно общепринятой классификации [8] у них имела место дисциркуляторная (атеросклеротическая, гипертоническая) энцефалопатия II-й стадии. Во всех случаях диагностирована ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия II-го функционального класса. У 33 больных, кроме того, выявлены нарушения сердечного ритма, преимущественно по типу экстрасистолии, у 2 - дисфункция синусового узла. Ни в

одном наблюдении анамнестически не было указано на перенесенный острый инфаркт миокарда. У 61 (80,3%) больного клинически был выставлен диагноз облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. ДИ-2 стадии, хотя данные РВГ указывали на данную локализацию атеросклеротического поражения в 100%. Можно предположить, таким образом, что у 15 (19,7%) больных атеросклеротическое поражение сосудов нижних конечностей еще не достигло стадии манифестации клинических проявлений. Мы старались не включать в число наблюдений пожилых и престарелых пациентов, явно страдавших полиорганной патологией иного, нежели атеросклероз, генеза, а также лиц с эндокринопатиями. Наиболее тяжелой из сопутствующей распространенному атеросклерозу патологией были заболевания печени, поджелудочной железы и желчевыводящих путей (14 больных). Все наблюдавшиеся пациенты обследовались неоднократно, в динамике на фоне проведения курсов лечения и после их завершения. В зависимости от варианта проводимой терапии больные были подразделены на три группы:

Первая группа: в течение от 1 до 3 мес. 31 больной получал липидоснижающий, гиполипидемический препарат «липанор» (ципрофибрат) производства французкой фармацевтической фирмы «Санофи». Доза липанора составляла 100 мг/сут. и давалась больному перорально за один прием в течение суток. Все больные данной группы в период пребывания в стационаре в первые 30 - 35 дней лечения получали курс вазоактивной терапии, включавший по показаниям эуфиллин, нитраты пролонгированного действия, антагонисты кальция, бета - адреноблокаторы, мочегонные препараты тиазидового ряда и медикаменты, содержащие производные никотиновой кислоты. После выписки из стационара больные получали в сочетании с липанором только один препарат из группы антагонистов кальция или бета-адреноблокаторы, либо лечились только липанором (19 наблюдений).

Вторая группа: помимо липанора в дозе 100 мг/сут. и вазоактивных медикаментозных препаратов 12 больных получили курс (15 сеансов по 5 циклов каждый, продолжительность каждого цикла - 5 мин.) прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) с помощью портативного гипокситерапевта Стрелкова [2,3]. Сеансы гипокситерапии проводились через день, только в условиях стационара, под непосредственным наблюдением лечащего врача.

Третья группа: у 33 больных лечение проводилось только в виде ПНГ. Методика - аналогично второй группе наблюдений. Липанор не использовался, как и никакие другие гиполипидемические средства. Только в 13 наблюдениях проводились короткие (10-14 дней) курсы медикаментозной

вазоактивной терапии в начальный период пребывания пациентов в стационаре.

Ни в одной из групп больных медикаментозные средства, используемые urgently (нитроглицерин, например), не отменялись.

Среди 43 больных первой и второй групп, получавших липанор, повышенные показатели липидного спектра при первичном исследовании определялись у 35 (81,4%) чел. Усредненный показатель содержания холестерина в крови составил $7,26 \pm 0,56$ ммоль/л, бета-липопротеидов - $8,54 \pm 0,92$ г/л, триглицеридов - $3,5 \pm 0,41$ ммоль/л. Аналогичные результаты биохимических исследований в виде повышения содержания липидов в крови имели место у 19 (57,6%) из 33 больных третьей группы, лечившихся без активного использования гиполипидемических средств. Встречались различные варианты сочетаний повышенных и нормальных показателей в липидном спектре отдельного пациента.

При сравнительном анализе результатов лечения оценивались как клинические данные в форме субъективных и объективных показателей, так и динамика результатов лабораторных, инструментальных исследований. Для каждой группы больных были выявлены определенные закономерности динамики их состояния в целом и изменения отдельных показателей, хотя отчетливые позитивные сдвиги в процессе лечения получены во всех наблюдениях.

У больных первой группы отмечено снижение содержания липидов в крови до нормального уровня в 100%. Подобная динамика зафиксирована к концу первого - середине второго месяца использования липанора. На фоне продолжения приема препарата дальнейшего падения уровня липидов ниже нормальных величин не происходило. Также не зафиксировано чрезмерного падения показателей уровня липидов при их изначально нормальных значениях. При отмене липанора возвращение сниженных в процессе лечения показателей содержания липидов в крови к исходному уровню происходило через 1 - 1,5 мес. Липанор в процессе его использования не оказывал существенного влияния на изменение величин других биохимических показателей, кроме уровня содержания липидов в крови. При сравнительном анализе коагулограмм определялось улучшение показателей времени фибринолиза у лиц с признаками синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС), выявленными при первичном исследовании. В процессе лечения липанором не зарегистрировано ни одной побочной реакции на препарат. Улучшение показателей липидного обмена достигалось без соблюдения диеты, на фоне обычного для больного состава пищи и режима питания. При длительном (3 мес.) применении липанора у 7 больных во всех случаях отмечено клиническое

улучшение: уменьшилась частота возникновения приступов головных болей, их продолжительность и интенсивность, более редкими и менее продолжительными стали приступы стенокардии, больных меньше беспокоили судороги в икроножных мышцах. Подобный эффект улучшения качества жизни трудно или практически невозможно было связать с проведением вазоактивной терапии, так как клиническое улучшение больные отмечали через 2,5 - 3 мес. после начала лечения липанором, а активная сосудистая терапия в сочетании с последним продолжалась лишь в течение первого месяца. С другой стороны, прием липанора в течение только 1-2 мес. даже в сочетании с сосудистыми средствами в течение первого месяца лечения не оказывал заметного влияния на общее самочувствие больных.

Несмотря на положительный эффект от длительного лечения липанором, позитивная динамика клинических симптомов среди больных первой группы не представляется достаточно яркой. Не отмечалось улучшения памяти, не было положительных сдвигов в психоэмоциональной сфере, оставалась неизменной объективная неврологическая симптоматика, больные не ощущали отчетливых изменений самочувствия в плане исчезновения неприятных ощущений в области сердца в межприступном периоде стенокардии, не увеличивалось расстояние, которое пациенты могли проходить без остановки из-за появления болей в ногах. Пожилых и престарелых больных, кроме того, трудно было убедить в необходимости принимать липанор в течение длительного времени, так как быстрого, ощутимого самими пациентами эффекта не отмечалось, а материальные затраты на приобретение лекарства представлялись довольно ощутимыми.

В случаях подключения к лечению липанором и вазоактивными средствами ПНГ с помощью аппарата Стрелкова эффективность лечебных мероприятий резко возрастала, и это касалось в основном клинических показателей. Все 12 больных отметили значительное уменьшение интенсивности или полное прекращение головных болей, головокружений, у всех нормализовался ночной сон, исчезло чувство тревоги, страха, внутреннего напряжения, регрессировала объективная неврологическая симптоматика, повышался уровень активности. Больные отмечали даже улучшение памяти, подтвержденное тестовым контролем способности запоминания и воспроизведения слов и чисел: перед началом лечения - 3 - 4 из 10, после проведения курса ПНГ - 7 - 9 из 10. Во всех случаях уменьшились по продолжительности и интенсивности ангинозные приступы, снизилась их частота, увеличилась толерантность к физическим и психоэмоциональным нагрузкам, в несколько раз уменьшилась суточная потребность в нитроглице-

рине. Расстояние, которое без остановки могли преодолевать пациенты, страдавшие облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей, увеличилось в среднем почти в 2 раза, болевой синдром стал менее выраженным. Отчетливое улучшение в своем состоянии больные отмечали к 9 - 10 сеансу ПНГ, т.е. спустя 2,5 - 3 недели после начала лечения. Это подтверждалось данными повторных объективных исследований. Снижение уровня содержания липидов в крови до нормальных цифр, например, происходило у больных второй группы к концу третьей недели лечения, т.е. вдвое быстрее, нежели в процессе только медикаментозной терапии.

У 33 пациентов третьей группы, лечившихся преимущественно только с помощью ПНГ, клиническое улучшение наступало в те же сроки и было симптоматически и синдромологически идентичным второй группе больных. Но повышенный уровень содержания липидов в крови у всех 19 больных оставался неизменным в процессе лечения, что, вероятно, способствовало быстрому, через 2-4 мес. после окончания курса ПНГ, возобновлению прежних жалоб и появлению клинической симптоматики, имевшей место в исходном периоде.

Очень показательны результаты повторных доплерографических исследований сосудов головного мозга и шеи, произведенные у 45 больных второй и третьей групп. По данным первичной УЗДГ больные были подразделены на 3 подгруппы: первая - с нормальными показателями кровотока (15 чел.); вторая - с наличием признаков локального стенозирования в различных артериях головы и шеи (19 чел.); третья - с выраженными изменениями кровообращения по типу «остаточного» кровотока (11 чел.). Аналогичные данные УЗДГ соответственно у 9, 14 и 8 пациентов получены при первичном обследовании больных первой группы, лечившихся только медикаментозно. В процессе УЗДГ-мониторирования состояния кровообращения в головном мозге у 7 больных в течение всего времени (45 мин.) первого сеанса ПНГ динамики показателей не выявлено. Это свидетельствует о том, что развитие сосудистой реакции на гипокситерапию происходит не сразу и не в течение одного сеанса, а требует выработки организмом новых механизмов реагирования, что становится возможным только при проведении курсового лечения. Действительно, после окончания курса ПНГ реакция сосудов была различной в выделенных нами подгруппах, отражающих характер первичных изменений. У больных первой подгруппы отмечалось снижение реактивности сосудистой стенки в основном за счет сужения периферических отделов сосудов мозга (функциональная вазоконстрикция). У больных второй подгруппы улучшались показатели реактивности стенозированных сосудов за счет снижения дефицита вазо-

дилатации периферических отделов (дистальное места стенозирования). При этом уровень реактивности становился симметричным и приближался к нормальным показателям. В третьей подгруппе отмечена явная положительная динамика мозгового кровообращения в виде улучшения перфузии по артериям, в которых ранее определялся лишь «остаточный» кровоток. Таким образом, отчетливое улучшение УЗДГ - показателей зафиксировано у больных всех подгрупп.

У больных первой группы, лечившихся только медикаментозно, подобной динамики показателей УЗДГ не выявлено, хотя наблюдались позитивные сдвиги, совпадающие по времени (спустя 2,5 - 3 мес. после начала лечения) с клиническим улучшением.

Наиболее отчетливая и яркая динамика показателей УЗДГ сосудов головного мозга и шеи определялась у 12 больных, лечившихся комбинацией липанора, вазоактивной терапии и ПНГ.

При повторных ЭКГ у лиц, лечившихся как только ПНГ, так и особенно в сочетании с медикаментозной терапией, включавшей липанор, зарегистрировано улучшение метаболических процессов миокарда, снижение частоты сердечных сокращений при изначальной тахикардии; у 4 больных отмечено более редкое появление экстрасистол. Не обнаружено отчетливого влияния ПНГ на проводимость. Среди больных, лечившихся только медикаментозно, убедительной динамики ЭКГ в первый месяц от начала лечения не выявлено, хотя в последующем, через 2,5 - 3 мес., отмечены положительные сдвиги.

При проведении повторных РВГ сосудов нижних конечностей у больных, получавших ПНГ, также выявлена положительная динамика, свидетельствующая о быстром и выраженном улучшении кровоснабжения дистальных отделов ног. При исключительно медикаментозной терапии подобного рода положительные изменения наступали позднее и были не столь убедительны. А у 12 больных, получавших липанор, вазоактивные препараты, ПНГ отчетливая, выраженная положительная динамика РВГ - показателей отмечена уже через 2 - 3 недели после начала лечения, что совпадало с быстро наступавшим клиническим улучшением.

Представляет интерес положительная динамика коагулографических показателей, выявленная у 24 (80%) из 30 больных третьей группы, лечившихся преимущественно ПНГ и имевших те или иные патологические сдвиги в данных первичных коагулографических исследований. Ни в одном случае больные не получали препаратов, активно воздействующих на свертывающую и противосвертывающую системы крови.

Таким образом, при сравнении результатов лечения больных распространенным атеросклерозом

различными методами мы убедились в отчетливых преимуществах сочетания ПНГ с вазоактивными средствами и фибратами (в нашем случае - с липанором). Может создаться впечатление о том, что мы получали положительный эффект, искусственно усиливая гипоксию, которая сопровождает ту патологию, по поводу которой лечились наблюдавшиеся больные. Но при указанных вариантах атеросклероза имеет место скорее тканевая гипоксия, которая входит в противоречие с нормальным количеством поступающего в дыхательную систему кислорода. Используя гипоксикатор Стрелкова, позволяющий в процессе сеанса ПНГ снижать содержание кислорода во вдыхаемом воздухе до 16 - 8%, мы осуществляем своеобразную тренировку организма к существованию в условиях изначально пониженного потребления кислорода. Происходит как бы искусственное ускорение и напряжение механизмов адаптации к новым условиям, к достаточно комфортному существованию и жизнедеятельности отдельных органов и тканей в условиях недостаточного их снабжения кислородом. Данный процесс адаптации происходит в более короткие сроки при сопутствующей медикаментозной терапии, способствующей скорейшей и наиболее полной доставке кислорода к тканям. Липанор при этом, оказывая активное гипополипидемическое действие, замедляя процесс нарастания атеросклеротических изменений, пролонгирует и активизирует эффект ПНГ и вазоактивной терапии. Довольно легко, без использования широкого арсенала медикаментозных средств достигается отчетливое клиническое улучшение состояния пациентов в сочетании со столь же отчетливой положительной динамикой биохимических показателей и результатов электрофизиологических обследований. Сохранение достигнутого лечебного эффекта сочетанной терапии липанором, вазоактивными средствами и ПНГ в течение 6 и более месяцев подтверждает правильность избранной нами концепции лечения больных с распространенными атеросклеротическими поражениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барац С.С. Атеросклероз. Екатеринбург: Изд-во УРГУ, 1995. 56 с.
2. Казаков Я.Е., Боровкова Т.А., Николаенко А.И., Мякотных В.С. Первый опыт использования нормобарической гипокситерапии в гериатрической практике// Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии. Екатеринбург: Изд.-во УГМА, 1997. С. 64-67.
3. Караш Ю.М., Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. Нормобарическая гипоксия в лечении, профилактике и реабилитации. М.: Медицина, 1988. 351 с.

4. Косарев В.В., Шпигель А.С. Клиническая фармакология в гериатрии// Практ. гериат. Самара, 1995. С. 64 - 80.
5. Когельников Г.П., Яковлев О.Г., Захарова Н.О. Геронтология и гериатрия. М.: Медицина, 1997. 798 с.
6. Мякожных В.С., Стариков А.С., Хлызов В.И. Нейрососудистая гериатрия. Екатеринбург: Наука, 1996. 320с.
7. Чиркин А.А., Окоороков А.Н., Гончарик И.И. Диагностический справочник терапевта. Минск: Беларусь, 1992. 688с.
8. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга// Невропатол. и психиатр. 1985. №9.С. 1281-1288.

УДК 616.342:616.839:616-092

П.А. Сарапульцев, И.Н. Куприянова,
К.С. Ясенева, В.И. Флягина,
И.А. Удалова, О.Н. Шеломенцева

ВЛИЯНИЕ АДРЕНОРЕЦЕПТОРНОГО И ХОЛИНОРЕЦЕПТОРНОГО ДИСБАЛАНСА НА ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ

Уральская государственная медицинская академия, городская клиническая больница №2

Представление о патогенетической роли нарушений нервной регуляции трофики при язвенной болезни, по мнению большинства авторов, базируется на данных о повышении тонуса парасимпатического отдела ВНС при сохранении или угнетении симпатического ее отдела. Значительно меньше изучена роль симпатической нервной системы в патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [6,7,8]. Учитывая наличие данных о роли нарушений микроциркуляции в генезе язвенной болезни [4,13,15,16], и влиянии рецепторного аппарата на состояние микроциркуляции [6,7,11,12,17], несомненный интерес представляет изучение особенностей влияния дисрегуляции рецепторного аппарата сосудов на состояние микроциркуляторного русла у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК).

Материалы и методы. Нами обследовано 75 чел. с обострением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. По полу больные распределились следующим образом: 41 (54,7 %) мужчин и 34 (45,3%) женщины. Возраст больных колебался от 17 до 71 лет. Наибольшее число пациентов было в возрасте от 20 до 50 лет (83,1%). Давность заболевания колебалась от нескольких дней до 30 лет.

Диагноз заболевания и контроль в процессе лечения основывались на клинических, лабораторных, эндоскопических и рентгенологических данных.

Оценивалось состояние микроциркуляторного русла бульбарной конъюнктивы методом биомикроскопии при помощи щелевой лампы ЦЛТ- 56 со сканированием изображения через видеокамеру на компьютер. Выраженность и распространенность периваскулярных, сосудистых и внутрисосудистых микроциркуляторных изменений оценивалась по качественно-количественной шкале В.С.Волкова с соавт. [3] и обозначались в баллах в виде конъюнктивальных индексов. Для подсчета морфологических изменений в сосудах нами были применены суммарные индексы нарушений в венах, артериолах и капиллярах. Анализ состояния микроциркуляции проводился с использованием методов альтернативной статистики. Определение чувствительности адренорцепторного аппарата сердечно-сосудистой системы проводилось для альфа-1-, бета-1-, бета-2-адренорцепторов по методу В.И.Кулинского с соавт. [9], а для альфа-2-адренорцепторов- по методике Кулинского В.И. с соавторами [10], для холинорцепторов по методике Т.Р. Гурвич [5]. Статистическую обработку полученных данных проводили методом вариационной статистики на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение. Анализ результатов, полученных при исследовании чувствительности рецепторного аппарата при помощи качественных методик, показал, что те или иные изменения чувствительности рецепторов имелись у подавляющего большинства больных (97,3%). Только у двух больных (2,7%) не были выявлены какие-либо изменения со стороны рецепторного аппарата. При сравнении показателей состояния рецепторного аппарата у мужчин и женщин выявлена явная тенденция к большей частоте десенситизации рецепторного аппарата у мужчин- 54,7% мужчин (41 чел.) против 45,3% женщин (34 чел.). Это совпадает с данными о том, что ЯБ ДПК болеют преимущественно мужчины

По частоте выявления извращенных реакций на введение агониста или полному отсутствию эффекта на него все больные были разделены нами на 8 групп.

Первую группу составили лица с патологией альфа-адренорцепторов (альфа-1-АР и альфа-2-АР). В нее вошли 9 чел. (которые составили 12% от общего количества больных), из которых 88,8% (8 чел.) оказались мужчины. Среди больных этой группы в основном преобладали лица с измененной чувствительностью альфа-1-АР (6 чел.), которые составили 66,6% Сочетанное нарушение чувствительности одновременно альфа-1-АР и альфа-2-АР не были выявлены ни у одного человека.