



Резюме. Проведен ретроспективный анализ 278 историй болезни лиц, получавших стационарное лечение в городском аллергологическом центре г. Ташкента по поводу заболеваний лекарственной этиологии.

При этом был определен удельный вес лекарственных аллергий среди прочих аллергических заболеваний. Наряду с этим выявлена частота встречаемости отдельных нозологических форм аллергопатологии лекарственной этиологии, а также их зависимость от отдельных групп лекарственных средств в зависимости от времени года.

Ключевые слова: лекарственные аллергические осложнения, аллергодерматиты и отек Квинке, сезонность, аллергологический анамнез.

Abstract. Herewith, the specific gravity drugs allergy was determined amongst allergic diseases. Is it at the same time revealed frequency finding separate nozologic of the forms allegro pathologic drugs etiologic, as well as their dependency from separate groups of the medicinal facilities.

Keywords: medicinal allergic complications, allergic dermatitis and a hypostasis of Kvinke, seasonal prevalence, allergologic anamnesis.

КОНТАКТЫ

Жарылкасынова Г. Ж. – 200119, Узбекистан, Бухара, проспект Навои, 27/28. Эл. почта: gavhar72@inbox.ru

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПО ПОВОДУ ИБС

УДК 616.132.2 / 616.36-003.826

Белякин С.А., д.м.н., начальник ФГУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневого»

Ермолаев В.В., врач высшей квалификационной категории, 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого

Жук С.В., врач высшей квалификационной категории, 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого

Аннотация. В 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого и 6 ЦВКГ МО методом случайной выборки обследовано 1715 пациентов, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием, и 318 больных, подвергшихся аортокоронарному шунтированию. Каждый из 2033 пациентов употреблял алкоголь, при этом дозы были различны: от безопасных до 1–1,5 л крепких алкогольных напитков в сутки. У 1281 больного из общей группы выявлены различные клинические формы алкогольной болезни печени. Изучены особенности обследования данных пациентов, методы их лечения и реабилитации.

Введение. До настоящего времени лечение ИБС относится к одному из важных и наиболее сложных разделов современной кардиологии, где еще много вопросов, требующих своего научного и практического разрешения. Наряду с созданием и широким внедрением в клиническую практику новых эффективных медикаментозных препаратов, применяемых для лечения ИБС, научно-технический прогресс в медицине ознаменовался быстрым развитием нового и весьма перспективного направления в лечении этого заболевания – хирургической реваскуляризации миокарда. Настоящую ситуацию в кардиологии России характеризует неблагоприятная тенденция показателей заболеваемости, смертности, нетрудоспособности, инвалидизации населения от сердечно-сосудистых заболеваний [1, 7]. Особую трудность в лечении представляют пациенты, страдающие ИБС и при этом злоупотребляющие алкоголем с развившейся у них алкогольной болезнью печени. По оценкам экспертов ВОЗ, в Российской Федерации из-за потребления алкоголя из 100 юношей (выпускников 2009 года) доживут до пенсии лишь 40. В Англии, если приводить такой же показатель, это 90 человек. Алкогольная болезнь печени (АБП) – это груп-

па различных по патогенезу, клинике и исходам заболеваний печени, возникающая при употреблении в сутки более 30 граммов этилового спирта, входящего в любой алкогольный напиток, при наличии или, чаще всего, отсутствии алкогольной зависимости [2, 5, 6, 9]. В связи с тем, что для возникновения алкогольной болезни печени вовсе не обязательно наличие алкогольной зависимости, правомочно устанавливать диагноз алкогольной болезни печени без осмотра нарколога или психиатра. Из всех пациентов, страдающих АБП, алкогольную зависимость испытывают 4,8%. Распространенность АБП, по нашим данным (данным многопрофильного госпиталя), составляет 63% от числа лечившихся пациентов. Алкогольная болезнь печени включает: алкогольный стеатоз, алкогольный гепатит, алкогольный цирроз печени, алкогольный цирроз в сочетании с алкогольным гепатитом, алкогольассоциированную гепатоцеллюлярную карциному, алкогольную болезнь печени неуточненную [2, 10]. Вместе с тем до сих пор остаются малоисследованными вопросы реабилитации пациентов с алкогольной болезнью печени в пред- и послеоперационном периодах реконструктивных операций на коронарном русле.

Материалы и методы. В 3 ЦВКГ имени А.А. Вишневого и 6 ЦВКГ МО методом случайной выборки в кардиологических отделениях обследовано 1715 пациентов, которым была выполнена ангиопластика коронарных артерий со стентированием, и 318 больных, подвергшихся аортокоронарному шунтированию. Каждый из 2033 пациентов употреблял алкоголь, при этом дозы были различны: от безопасных до 1–1,5 л крепких алкогольных напитков в сутки. По количеству употребляемого алкоголя пациенты были распределены на 5 групп. Группы были сформированы, исходя из употребления токсических и безопасных доз алкоголя, доказательно определенных Penquignot (табл. 1).

Была попытка сформировать отдельную группу из пациентов, вообще не употребляющих алкоголь, но она оказалась безуспешной. 1-ю группу составили пациенты, употребляющие менее 30 граммов алкоголя в сутки, 2-ю группу составили пациенты, употребляющие рискованные дозы алкоголя 30,0–60,0, 3-я группа сформирована из пациентов, употребляющих опасные дозы алкоголя, 4-я – циррогенные дозы. Количество пациентов в группах представлено в табл.2.

Табл. 1. Распределение больных на группы по дозам употребляемого алкоголя

Группы	Характер потребления алкоголя	Мужчины
1-я группа	Безопасный уровень для здорового взрослого человека	до 30,0
2-я группа	Рискованный уровень	30,5 – 60,0
3-я группа	Опасный уровень	60,0 – 80,0
4-я группа	Циррогенный уровень: Пенквино I Пенквино II	80 – 160 160 и более

Табл. 2. Количество больных ИБС, употребляющих безопасные, рискованные, опасные и циррогенные дозы алкоголя

Группы	Больные ИБС, которым выполнено аортокоронарное шунтирование n=316	Больные ИБС, которым выполнена ангиопластика с постановкой стента n=1715
1-я группа	17,9% (57)	18% (309)
2-я группа	46,8% (149)	54% (927)
3-я группа	27,4% (87)	22% (376)
4-я группа	7,9% (25)	6% (103)

В качестве контрольной группы обследовано 98 пациентов эндокринологического отделения и отделения абдоминальной хирургии. Эти 98 пациентов были распределены также на 4 группы по дозам употребляемого алкоголя (табл. 3). Количество пациентов в контрольной и исследуемой группах достоверно не отличалось ($p < 0,05$), что свидетельствует о том, что распределение пациентов ИБС по группам по уровню потребления алкоголя соответствует в целом уровню потребления алкоголя пациентами многопрофильного стационара.

Табл. 3. Количество пациентов эндокринологического отделения и отделения абдоминальной хирургии, употребляющих безопасные, рискованные, опасные и циррогенные дозы алкоголя (n=98)

Группы	Количество пациентов (%)
1-я	15,3% (15)
2-я	49% (48)
3-я	27,5% (28)
4-я	7,2 (7)

У всех больных тщательно изучался анамнез (особое внимание обращалось на частоту и дозу употребления алкоголя). Использовались международные опросники (опросник «CAGE»). Согласно рекомендациям ВОЗ, информация собиралась у родственников пациента и третьих лиц. Выявлялись характерные психологические и соматические признаки. Использовалась анкета ПАС и карта физических признаков хронической алкогольной интоксикации. Проводилось современное лабораторное и инструментальное обследование, включающее: определение уровня активности АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, холинэстеразы, исследование концентрации билирубина, АФП, ферритина, церулоплазмينا, выявлялись антимитохондриальные и антинуклеарные антитела, антитела к микросомам печени и почек, гладкой мускулатуре, маркеры гепатита В, С, D; протромбиновое время, проведено УЗИ печени, селезенки, воротной и селезеночной вен, фиброгастроскопия.

По результатам обследования выявлены различные клинические формы алкогольной болезни печени у 1281 пациента: алкогольный стеатогепатоз у 602 пациентов (47%), смешанный стеатогепатоз (у пациентов в сочетании с избыточным весом и/или сахарным диабетом 2 типа) у 615 больных (48%), алкогольный гепатит у 64 пациентов (5%). У 51 больного (4%) отмечались признаки алкогольной за-

висимости, у 3 больных в послеоперационном периоде отмечено развитие алкогольного делирия. Пациенты с ИБС проявлениями алкогольной болезни печени составили первую группу больных (группа А), при этом 218 больным из этой группы было выполнено АКШ (группа А1), а 1063 больным – коронарная ангиопластика (группа А2). Контрольную группу (группа В) составили больные без проявлений АБП, но употреблявшие алкоголь – 752 пациента, из них 135 больным выполнено АКШ (В1), а 617 больным – коронарная ангиопластика (В2). Всем больным проводились первичная профилактика алкогольной болезни печени и современные методы реабилитации ИБС в сочетании с алкогольной болезнью печени. Ряд больных (55 человек) требовали назначения профилактических мероприятий и специальной подготовки в предоперационном периоде в связи с наличием у них особенностей течения заболевания, обусловленных, в первую очередь, проявлениями АБП (выраженный цитолитический и гепатодепрессивный синдром, физическая и психическая алкогольная зависимость). Изучалась длительность и эффективность реабилитационного периода у больных обеих групп (группы А и В).

Использованные методы реабилитации [1, 3, 4, 8]:

- физическая: своевременная и адекватная активизация больного, раннее назначение ему индивидуальной, а затем групповой ЛФК, дозированной ходьбы, а также специальных физических тренировок, проводимых сначала в лечебных учреждениях, а затем под самоконтролем в домашних условиях;

- медикаментозное лечение и воздействие физиотерапевтических факторов (климатолечение, бальнеотерапия, электросон, гальванизация, лекарственный электрофорез, СМТ-форез, ДМВ-терапия, суховоздушные углекислые ванны, низкоинтенсивное лазерное излучение, лечебный массаж и др.), направленных на уменьшение коронарной недостаточности, улучшение сократительной функции миокарда и биоэлектрической активности сердца, восстановление функции ЦНС, достижения абстиненции (антидепрессивная, аверсивная, противотревожная, общеукрепляющая и ноотропная терапия) и улучшения функции печени (гепатопротекторы, антиоксиданты, системные ГКС, антибактериальные препараты, белковые препараты и др.);

- психофизиологическая: использование психотерапевтических методов (различных видов рациональной и суггестивной психотерапии, включая аутогенные тренировки), школы для пациентов, перенесших кардиохирургическое вмешательство, и их родственников, биоакустическая коррекция, использование нейропсихотропных средств, имеющая целью нормализацию психоэмоционального статуса, психокоррекцию, направленных на личностный рост;

- социальная и профессионально-трудовая реабилитация, направленная на полноценный возврат и функционирование больного в его социальной среде, семье и работе.

Результаты и обсуждения. В результате обследования установлено, что средняя длительность реабилитационного периода госпитального этапа в основной группе пациентов, которым было выполнено АКШ (группа А1), составила 19,5 койко-дней, в группе А2 соответственно 7,4 койко-дней.

Продолжительность реабилитационного периода в контрольной группе практически не отличалась от основной ($p > 0,05$) и составила в группе В1 19,1 койко-дней, а в группе В2 – 6,8 койко-дня.

Реабилитационный период пациентов всех групп был продолжен в условиях специализированного реабилитационного стационара – в 6 ЦВКГ МО РФ и был регламентирован нормативными документами.

Закключение. Использование комбинированных реабилитационных мероприятий у пациентов с клини-



ческими проявлениями алкогольной болезни печени (группа А) позволяет достичь сопоставимых с контрольной группой (группа В) сроков лечения в послеоперационном периоде.

Своевременная диагностика и применение дополнительных методов профилактики и реабилитации у пациентов с клиническими проявлениями алкогольного гепатита в предоперационном периоде

позволили уменьшить риск развития осложнений и алкогольных эксцессов в послеоперационном периоде.

Применение реабилитационной терапии позволяет улучшить течение основной кардиологической патологии, достичь стойкой ремиссии алкогольной болезни печени, что существенно улучшает социально-психологическую адаптацию больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белякин С.А., Будко А.А. Современные подходы к реабилитации военнослужащих, перенесших аортокоронарное шунтирование. – М., 2003. – 144 с.
2. Белякин С.А. Алкогольная болезнь печени: Автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2009. – 48 с.
3. Медицинская реабилитация. Руководство для врачей / Под ред. Боголюбова В.М., том 3. – Москва – Пермь: ИПК «Звезда», 1998. – 602 с.
4. Замотаев Ю.Н., Кремнев Ю.А., Подшибякин С.Е. и др. Очерки медицинской реабилитации больных, перенесших аортокоронарное шунтирование. – М., 2000. – 191 с.
5. Проблемы диагностики и лечения алкоголизма и наркоманий. Сборник трудов / Под ред. Иванца Н.Н. – М.: «Анахарсис», 2001. – 112 с.
6. Моисеев В.С., Шелепин А.А. Алкоголь и болезни сердца. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 168 с.
7. Болезни сердца и сосудов. Руководство для врачей / Под ред. Чазова Е.И., том 4. – М.: Медицина, 1992. – 448 с.
8. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм. Медико-социальные аспекты (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1990. – 528 с.
9. Хазанов А.И. Важная проблема современности – алкогольная болезнь печени // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 2. – С. 13–20.
10. Хазанов А.И. Алкогольный и неалкогольный стеатогепатит: основные характеристики и принципы лечения // Рос. мед. вести. – 2004. – № 3. – С. 4–12.

Резюме. В статье представлено изучение особенностей реабилитации пациентов с алкогольной болезнью печени, перенесших АКШ или коронарную ангиопластику по поводу ИБС. Выявлено, что практически все больные употребляли алкоголь, при этом около 60% больных, подвергнувшихся реконструктивной операции на коронарных артериях, страдали той или иной формой алкогольной болезни печени. Данные лица требовали проведения первичной профилактики алкогольной болезни печени и применения современных методов реабилитации (физических, медикаментозных, психофизиологических, социальных) больных ИБС, учитывая особенности данной категории пациентов. Доказано, что комплексное применение реабилитационных мероприятий позволяет существенно снизить длительность реабилитационного периода госпитального этапа у лиц, страдающих АБП, сопоставимую с контрольной группой пациентов.

Ключевые слова: алкогольная болезнь печени, алкоголь, ишемическая болезнь сердца, аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий, реабилитация.

Abstract. This paper reviews the unique rehabilitation characteristics of the Alcoholic Liver Disease (ALD) patients who have formerly undergone coronary artery bypass graft surgery or coronary angioplasty due to ischemic heart disease. It was found that practically all the ALD patients consumed alcohol. Approximately 60% of the patients who were previously subjected to reparative surgery on coronary arteries suffered from ALD of various types and forms. The ALD patients were in severe need of primary ALD prevention and the use of contemporary rehabilitation techniques for the ischemic heart disease patients (including physical, medical, psychophysical and social techniques) considering the unique characteristics of the disease. The research has shown that conjunctive use of rehabilitation procedures allows for an essential decrease in nosomical rehabilitation period of the ALD patients which can be matched with the control group of patients.

Keywords: alcoholic liver disease (ALD), alcohol, ischemic heart disease, CABG, angioplasty of coronary arteries, rehabilitation.

КОНТАКТЫ

Ермолаев Вячеслав Валерьевич – 8-903-978-15-03, v_er@mail.ru

Жук Сергей Викторович – 8-903-720-11-13, zhucksv@mail.ru

ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

УДК 616.65-002:615.849.19

Терешин А.Т., Сосновский И.Б., Морозов Ф.А.

ФГУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России»

Аннотация. Проведено внутривенное лазерное облучение крови 60 больным хроническим простатитом, в результате чего у 73,3% больных в крови исчезли титры антител к золотистому и эпидермальному стафилококку, наступила нормализация концентрации средних молекул у 31,4%, антиспермальных антител – у 37,1%, гуморального и клеточного иммунитета – у 79,5% больных.

Введение. Хронический простатит (ХП) занимает ведущее место в структуре урологических заболеваний [1, 2]. ХП протекает с изменениями местного и систем-

ного иммунитета, как клеточного, так и гуморального звеньев, факторов неспецифической защиты [3, 4].

Лечение ХП представляет значительные трудности в связи с полисимптомным и полисистемным характером заболевания [1, 2, 5]. Традиционные методы лечения ХП не обеспечивают необходимого терапевтического эффекта, вызывают ряд побочных и аллергических состояний [6, 7]. Поэтому следует изыскивать немедикаментозные методы терапии. К таким методам лечения относится внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК), обладающее иммуномодулирующим,