

йроретинопатии (АТН) до лечения, после лечения и через 1 месяц после лечения по сравнению с таковыми у 30 практически здоровых добровольцев (60 глаз). Выделены особенности гемодинамики вен на разных стадиях АТН. Установлена связь между снижением скоростных показателей венозного кровотока глаза и орбиты и ростом индексов пульсации и резистентности в тех же венах с ухудшением зрительных функций и дисбалансом цитокинового статуса слезы и сыворотки крови. Доказана эффективность комплексной детоксикационной терапии (КДТ) с применением полиоксидония (патент Украины на полезную модель № UA 71921u) в комплексном лечении больных АТН в отношении изменений венозной гемодинамики и дисбаланса цитокинов на разных стадиях АТН. Продемонстрированы преимущества КДТ по сравнению со стандартной схемой лечения больных на всех стадиях АТН. **Ключевые слова:** доплерография, алкогольная токсическая нейроретинопатия, верхняя орбитальная вена, центральная вена сетчатки, вортикозные вены.

Summary

Petrushenko D.O. *The haemodynamics of veins of the eye and orbit at alcoholic toxic neuroretinopathy under the influence of treatment.*

The article represents results of the study of blood flow in the superior orbital vein, central retinal vein and vorticoose veins of 158 patients (316 eyes) at different stages of alcoholic toxic neuroretinopathy (ATN) before treatment, after treatment and in 1 month after treatment versus those of 30 healthy people (60 eyes). The patterns of venous hemodynamics at various stages of ATN are distinguished. The correlation of the decrease in the eye and orbit veins blood flow velocity parameters and the increase in its pulsatility and resistivity indexes with deterioration of visual functions and cytokine imbalance in tear and serum was established. The efficacy of the combined detoxification therapy (CDT) using polyoxidonium (the patent of Ukraine for useful model № UA 71921u) in complex treatment of patients with ATN according to hemodynamics indexes of the veins of the eye and orbit and cytokine imbalance at various stages of ATN was proved. The CDT had advantages compared with the traditional regimen at all stages of ATN.

Key words: dopplerography, alcoholic toxic neuroretinopathy, superior orbital vein, central retinal vein, vorticoose veins.

Рецензент: д.мед.н., проф. А.М. Петруня

УДК 616.233-002-085+615.23

ХОЗЛ И КОМОРБИДНОСТЬ: ЗНАЧЕНИЕ И НАПРАВЛЕНИЯ ТЕРАПИИ

**Г.П. Победенная, Е.Я. Федотова, Л.Н. Кострюкова,
М.С. Афанасьевская**

*ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»
Управление здравоохранения г. Луганска*

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) – является одной из важнейших проблем современной медицины [6]. Значительная распространенность, длительность лечения, серьезные социальные последствия – затраты больного и государства на лечение ХОЗЛ – определяют внимание специалистов к заболеванию. В 90-е годы ХОЗЛ занимала 6 место среди причин смерти, в 2000 г – четвертое, а к 2020 году ожидается, что ХОЗЛ будет находиться на третьем месте среди основных причин смерти населения земного шара [2, 8]. По данным ВОЗ, им поражено 0,8 % населения планеты, преимущественно лица старше 40 лет, причем уровень заболеваемости среди мужчин выше (0,9 %), чем среди женщин (0,7 %).

ХОЗЛ развивается под воздействием факторов риска, среди которых наиболее значимыми являются курение и его стаж, и состояние окружающей среды, условий работы, а также некоторые генетические особенности пациента [2]. Являясь в большинстве случаев заболеванием второй половины жизни, ХОЗЛ нередко сочетается с другими заболеваниями внутренних органов у одного пациента, что накладывает отпечаток и на клинические проявления заболевания, их тяжесть, объем лечения и прогноз для пациента.

В настоящее время ХОЗЛ рассматривают как местное воспаление в респираторном тракте с системными проявлениями.

Участие нейтрофилов, макрофагов и Т-лимфоцитов, в частности, CD8+-клеток, а также - цитокинов и медиаторов воспаления, среди которых следует отметить лейкотриен В₄, интерлейкин-8 (ИЛ-8) и фактор некроза опухоли α (TNF-α) обеспечивает локальное воспаление при ХОЗЛ [3]. Гиперпродукция медиаторов воспаления наряду с гипоксемией и гипоксией вызывает развитие окислительного стресса обеспечивает системные проявления воспале-

ния. Негативный вклад в поддержание системной воспалительной реакции вносят гиперагрегация тромбоцитов и сдвиг эритроцитов с нарушениями микроциркуляции, нарушения продукции оксида азота, которые приводят к микро – а затем и макрогемодинамическим нарушениям, ремоделированию сердечной мышцы с ухудшением внутрисердечной гемодинамики. Все это может усугубить течение сопутствующих заболеваний. В свою очередь сопутствующие заболевания, независимо от того, являются они патогенетически связанными с ХОЗЛ или нет, способны усилить проявления системного воспаления, модифицировать течение ХОЗЛ и увеличить его вклад в смертность пациентов.

Среди коморбидных состояний, у больных ХОЗЛ наиболее часто выявлялись кардиоваскулярные – ишемическая болезнь сердца (ИБС) с развитием инфаркта миокарда (ИМ) диагностировалась у 11,2 % пациентов. Особенностью клинического течения ИБС было частое наличие аритмий, эпизодов безболевой ишемии, что приводило к поздней диагностике ИМ [9]. Приблизительно с такой же частотой отмечено сочетание ХОЗЛ и стенокардии, артериальная гипертензия диагностировалась более чем у половины больных. Среди ведущих профилей артериального давления отмечено преобладание профилей non-dipper и night peaker. При этом следует отметить, что ИМ у пациентов с ХОЗЛ развивался в 1,5 раза чаще, чем у пациентов без такого сочетания, и в 3,6 раза чаще диагностировалась недостаточность кровообращения, которая была связана с декомпенсацией хронического легочного сердца. ХОЗЛ расценивается как важный предиктор госпитализации вследствие кардиоваскулярных причин независимо от возраста и гендерной принадлежности. Наиболее сильно эта взаимосвязь проявляется в группе лиц моложе 65 лет, что является основанием для введения рутинную практику мониторинга кардиоваскулярного риска у больных ХОЗЛ.

Среди других часто встречаемых видов коморбидности отмечено ожирение (у пятой части больных), заболевания желудочно-кишечного тракта – четвертой части больных (среди них – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты, хронические панкреатиты). Заболевания гепатобилиарной системы – неалкогольный стеатогепатит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь, циррозы печени выявлялись у шестой части больных ХОЗЛ. У 6 % больных диагностировался сахарный диабет.

Нередко другие патологические состояния возникают на фоне проводимой базисной терапии ХОЗЛ или обсуждается роль препаратов для базисного лечения в возникновении этих состояний. Так, исследование The Lung Health Study II не было продемонстрировано повышения риска возникновения новых случаев сахарного диабета, ассоциированного с использованием ингаляционных кортикостероидов. В то же время в исследовании Slatore C.G. et al. (2009) было показано, что при употреблении флутиказона в суточной дозе 1000 мкг и других ингаляционных кортикостероидов в эквивалентной дозе отмечено достоверное повышение плазменной концентрации глюкозы натощак, причем этот эффект имеет отчетливый дозозависимый характер [2]. Достижение адекватного контроля гликемии натощак с помощью пероральных антидиабетических лекарственных средств сопровождается снижением выраженности системной воспалительной реакции. Эффективное лечение артериальной гипертензии (АГ) и гиперлипидемии позволяет существенно снизить риск и смертность больных ХОЗЛ от кардиоваскулярных событий.

При наличии коморбидности лечение ХОЗЛ превращается в достаточно сложную клиническую задачу.

Главная цель лечения ХОЗЛ – замедление прогрессирования болезни и падения дыхательных объемов у пациента [8], улучшение качества его жизни. Среди основных направлений лечения ХОЗЛ выделяют снижение влияния факторов риска, лечение при стабильном течении заболевания и терапия обострений. Объем лечебных мероприятий зависит от степени тяжести заболевания и определяется индивидуально для каждого пациента с ХОЗЛ и зависит от тяжести симптомов, степени нарушений функции внешнего дыхания, частотой и тяжестью обострений, наличием осложнений, наличием и тяжестью сопутствующих заболеваний, общим состоянием здоровья.

Лечение больных ХОЗЛ в стабильный период и период обострений требует индивидуального подхода. При этом количество обострений и состояние дыхательной функции пациента согласно рекомендациям GOLD-2011 будет определять объем базисной терапии [5].

Основой симптоматического лечения ХОЗЛ являются бронхолитические препараты. Бронхолитики назначают при ХОЗЛ как с профилактической целью базисно каждый день в качестве моно- или комплексной терапии, так и для снятия острых симптомов [5]. Новый препарат для базисной бронхолитической терапии – β_2 -агонист уль-

традлительного действия индакатерол имеет хорошие перспективы в лечении ХОЗЛ. Среди бронхолитиков длительного действия применение пролонгированного М-холинолитика тиотропия у больных с ХОЗЛ связано с бо́льшим значительным улучшением показателей функции легких и качества жизни, а также более медленным их снижением сравнительно с назначением других базисных бронхолитических средств. Кроме того, применение тиотропия ассоциировалось с тенденцией к снижению частоты обострений и смертности [7].

Ингаляционные кортикостероиды (ИКС) применяются в базисном лечении ХОЗЛ при наличии частых обострений [5]. Их регулярное применение не оказывает влияния на прогрессивное уменьшение объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁), однако, способствует уменьшению количества обострений и улучшению общего состояния пациента. ИКС способны редуцировать плазменную концентрацию С-реактивного протеина и некоторых провоспалительных цитокинов, что приводит не только к позитивному влиянию на течение ХОЗЛ, но и на снижение риска его смертельных исходов [12], но и повышение индекса качества жизни [9].

Доказанную противовоспалительную эффективность продемонстрировал представитель нового класса препаратов, уменьшающих воспаление посредством блокады фермента фосфодиэстеразы 4 типа (ФДЭ-4) рофлумиласт (Даксас) [1]. Основное действие препарата обусловлено активным метаболитом – рофлумиласт-N-оксидом, период полувыведения которого составляет 27 часов, что и обеспечивает длительное действие препарата. В отличие от теофиллинов рофлумиласт более выражено блокирует ФДЭ-4, снижая количество эозинофилов и нейтрофилов в мокроте, уровни ИЛ-8 и TNF α. Кроме того, он обладает способностью снижать гиперсекрецию слизи, увеличивать частоту биения ресничек, способствуя улучшению мукоцилиарного клиренса, предотвращать развитие ремоделирования легких за счет замедления развития эмфиземы легких, а также снижать массу тела.

Плейотропные эффекты статинов могут оказаться полезными в лечении ХОЗЛ у пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, метаболическим синдромом и сердечной недостаточностью (Morimoto k et al., 2006).

Значительную угрозу для прогрессирования заболевания и повышения риска смерти пациентов с ХОЗЛ вносят обострения. Чем чаще у пациентов с ХОЗЛ возникают обострения, тем ниже

выживаемость таких больных. Своевременная диагностика и рациональное ведение пациента в период обострения, правильно определенная стратегия лечения, в том числе и физическая реабилитация будут способствовать не только улучшению течения заболевания и повышению качества жизни пациента, но и замедлят его прогрессирование. Реабилитационные мероприятия с применением дыхательных упражнений, полноценного питания, рационального двигательного режима, оксигенотерапия позволят улучшить механику дыхания, обеспечить увеличение длительности выдоха, что приведет к облегчению симптомов заболевания у пациентов [9].

Таким образом, знание патогенеза ХОЗЛ, современных направлений в его лечении и терапии обострений может обеспечить не только высокую эффективность лечения заболевания, снизив скорость падения легочных функций, но и повысить качество жизни пациентов.

Литература

1. Барнс П. Проникновенный взгляд в глубины ХОЗЛ / П. Барнс // *Здоров'я України*. – 2010. – № 20 (249). – С. 24-26.
2. Березин А.Е. Хроническая обструктивная болезнь легких и кардиоваскулярный риск. Часть 2. Клиническое значение и перспективы модификации / А.Е. Березин // *Український медичний часопис*. – 2009. – № 5 (73). – С. 18-22.
3. Дзюблик А.Я. Хроническое обструктивное заболевание легких: современная концепция патогенеза, подходы к терапии / А.Я. Дзюблик, А.А. Мухин, Е.И. Бялик // *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. – 2007. – № 1(06). – С. 27-35.
4. Калініченко Ю.М. Оцінка інтерлейкінового профілю при хронічному обструктивному захворюванні легень / Ю.М. Калініченко, М.М. Островський // *Укр. пульмонолог. журн.* – 2006. – № 1. – С. 33-34.
5. Лещенко С.И. Неантибактериальные свойства макролидов: какие преимущества они дают при лечении хронических заболеваний нижних дыхательных путей? / С.И. Лещенко // *Здоров'я України*. – 2010. – Тематичний номер. – С. 35-36.
6. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03. 2007 р. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».
7. Обструктивное заболевание легких: образовательная программа для врачей / Ю.И. Феценко, Л.А.Яшина, М.А. Полянская [и др.]. – Киев, 2004. – 287 с.
8. Тиотропий как стартовый препарат для базисной терапии ХОЗЛ: вторичный анализ результатов исследования / Т. Troosters, B. Celli, T. Lystig [et al.] // *Здоров'я України*. – 2010. – Тематичний номер. – С. 10-13.

9. Феценко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких в Украине: успехи и поражения / Ю.И. Феценко // *Здоров'я України*. – 2010. – Тематичний номер. – С. 14-15.

10. Швайко Л.И. Паллиативная помощь при хроническом обструктивном заболевании легких / Л.И. Швайко // *Здоров'я України*. – 2010. – Тематичний номер. – С. 26-27.

11. Lovastatin enhances clearance of apoptotic cells (efferocytosis) with implications for chronic obstructive pulmonary disease / K. Morimoto, W.J. Janssen, M.B. Fessler [et al.] // *J. Immune*. – 2006. – Vol. 176 (12). – P. 7657-7665.

12. Man S.F. Effect of corticosteroids on systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease / S.F. Man, Sin D.D. // *Proc Am. Thorac. Soc.* – 2005. – Vol. 2, № 1. – P. 78-82.

Резюме

Победьонна Г.П., Федотова О.Я., Кострюкова Л.М., Афанас'євська М.С. ХОЗЛ і коморбідність – значення та напрями лікування.

В статті розглядаються патогенетичні аспекти і сучасні засоби лікування ХОЗЛ, які розроблені на патогенетичних засадах.

Ключові слова: ХОЗЛ, коморбідність, лікування.

Резюме

Победенная Г.П., Федотова Е.Я., Кострюкова Л.Н., Афанасьевская М.С. ХОЗЛ и коморбидность: значение и направления терапии.

В статье рассматриваются патогенетические аспекты и современные средства лечения ХОЗЛ, которые разработаны на патогенетических началах.

Ключевые слова: ХОЗЛ, коморбидность, лечение.

Summary

Pobedyonnaja G.P., Fedotova E.Ja., Kostrukova L.N., Afanas'evska M.S. COPD and comorbidity role and admissions of the treatment.

The pathogenetic basis and modern drugs, which were performed on their basis for COPD, are considered in the article.

Key words: COPD, comorbidity, treatment.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

УДК 616-01

ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ РОДРАЗРЕШЕНИЯ

И.С. Соколовская

Государственное учреждение «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Введение

Различные виды тазового предлежания плода в третьем триместре гестации отнесены к неправильным положениям плода, что относит беременных к группе высокого риска при планируемом естественном родоразрешении ввиду возможных ожидаемых акушерских и перинатальных осложнений [2-5, 8, 10, 11, 13]. Принято считать роды в тазовом предлежании плода патологическими, поэтому наблюдается современная тенденция оперативного родоразрешения такого контингента беременных [9, 12]. Уже ставшая «рутинной» операция выполняется с целью снижения количества интранатальных осложнений [1, 6, 7, 12].

Однако некоторые исследователи указывают на то, что повышение частоты кесаревых сечений не снижает уровень перинатальных и сопровождается рядом интраоперационных осложнений, а прямопропорциональное увеличение количества пациенток с рубцом на матке относит их к группе высокого риска при следующих беременностях [9].

Однако в доступной литературе нет современных сравнительных данных о методе родоразрешения плодов в тазовом предлежании с позиции акушерских и перинатальных последствий.

Цель работы: сравнение консервативного и планового оперативного способов родоразрешения плодов в тазовом предлежании для проспективного вывода о возможном снижении частоты кесаревых сечений у данных беременных.

Материалы и методы исследования

Для реализации цели был проведен ретроспективный анализ историй родов исследуемого контингента на базе клинического родильного дома № 3 г. Запорожья, которые для сравнения были разделены на две основные группы; третья группа составила случайную выборку историй родов в головном предлежании для срав-