У обследованных больных преобладали диффузно-узловые формы - 75 % от всех случаев зоба, наиболее часто выявлялся нетоксический зоб (45%). Средний объём ЩЖ составил 35 см^3. Число больных с аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) составило 18 %. Синдром тиреотоксикоза встречался у 25 % пациентов, средний объём ЩЖ у них составил 25 см ^{3}. У больных с синдромом тиреотоксикоза в 5 % случаев отмечалась экстрасистолия, в 40 % случаев тахисистолическая форма мерцательной аритмии. Наиболее частой причиной гипотиреоза у больных в пожилом возрасте был послеоперационный гипотиреоз (37%), АИТ в сочетании с пониженной функцией ЩЖ выявлен у 27 % пациентов от общего числа больных с гипотиреозом, при этом 21 % больных имели диффузно-узловую форму АИТ и 6 % атрофическую. Другими причинами снижения функции ЩЖ были идиопатический гипотиреоз (21%), диффузно-узловой зоб (12%) и подострый тиреоидит (3%).

Клиническими особенностями течения гипотиреоза у пожилых больных являлись малосимптомность и «маски» гипотиреоза (психиатрические, ревматологические, дерматологические, гастроэнтерологические). Наиболее частой причиной обращения больных к врачу при диффузно-узловых формах зоба было увеличение ЩЖ и связанные с этим симптомы сдавления (дискомфорт в области шеи). Наиболее характерные жалобы при снижении функции ЩЖ: обстипация, низкий и хриплый голос, зябкость, отечность век, слабость, сухость кожи активно больными не предъявлялись

У больных пожилого возраста преобладающая патология ЩЖ - это диффузно-узловая форма нетоксического зоба (45%) и АИТ (18%). Ведущими жалобами при этих заболеваниях являются наличие зоба и симптомы сдавления. У пожилых больных с синдромом тиреотоксикоза клиническое течение характеризуется наличием зоба и изменениями сердечно-сосудистой системы (экстрасистолия и мерцательная аритмия).

Таким образом, у пожилых больных при уменьшенных, нормальных или незначительно увеличенных размерах ЩЖ симптомы заболевания остаются нераспознанными. Большой процент узловых форм зоба у обследованных больных указывает на важную роль, кроме факта проживания в районе зобной эндемии, других струмогенных факторов промышленного центра. У пожилых больных с заболеваниями ЩЖ в клинике преобладают «маски» гипотиреоза, а гипертиреоз характеризуется тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы, что делает необходимым скрининговое определение тиретропного гормона у больных старше 60 лет.

Работа представлена на IV научную конференцию с международным участием «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения», г. Анталия (Турция), 21-28 мая 2006 г. Поступила в редакцию 15.05.2006г.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК КОРПОРАЦИИ «ТЯНЬШИ» В ДИЕТОТЕРАПИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Богатырев В.Г., Рябкина Е.А., Савельева И.В.

Желчекаменная болезнь составляет большой процент среди гастроэнтерологических больных. У большинства пациентов клинические симптомы проявляются в легкой форме, у 2-10% в тяжелой форме. В связи с этим пациентам предлагается оперативное лечение. Однако у 20-40% пациентов в течении ближайших 5 лет после операции появляются абдоминальные боли, диспепсические явления, обусловленные постхолецистэктомическим синдромом (Шерлок Ш., Дули Дж. 1999; Ивашкин В.Т. 2002; Лейшнер У. 2001г; Смолянский Б.Л., Лифляндский В.Г. 2004; Хендерсон Дж. М. 2001.).

Целью настоящей работы явилось изучение характера влияния биологически активных добавок корпорации «Тяньши» на течение патологического процесса у больных желчекаменной болезни.

Материалом для исследования послужили результаты обследования 120 пациентов от 25 до 70 лет (80 женщин и 40 мужчин), проходивших курс амбулаторного лечения.

Желчекаменная болезнь была подтверждена данными ультразвукового исследования на аппарате фирмы «Toshiba».

В диетотерапию больных были включены биологически активные добавки «Кордицепс», «Биокальций для нормализации уровня сахара в крови», «Дайджест», «Биокальций Гай-Бао», «Антилипидный чай» корпорации «Тяньши».

«Кордицепс» - это порошок ферментированного мицелия Кордицепса, аденозина, маннитола.

В состав «Биокальция для нормализации уровня сахара в крови» входят: порошок костного кальция, выделенный в результате ферментативной обработки, витамины: В3, РР, В1, В2, А, Е, С, микроэлементы: кремний, фосфор, марганец, цинк, железо, йод, селен, лецитин, протеин, олигосахарид, порошок семян тыквы, солодковый экстракт, мальтодекстрин, аспартам, гидрогенизированное молоко, какао, обезжиренное сухое молоко.

«Дайджест» - биологически активная добавка, состоящая из инулина, целлюлозных волокон, пектина, льняного семени, бифидобактерий, лактобактерий, фенхеля европейского.

«Биокальций Гай-Бао» - порошок костного кальция, выделенный результате ферментативной обработки (170 мг. в таблетке), соединение кальция с кислотой плодов дерева Тореза, казеин-фосфолипид (СРР), витамин D3, лимоннокислый кальций.

«Антилипидный чай» состоит из 6 сортов зеленого чая, листьев лотоса, семян кассия тора, корнеплодов многоцветного горца после специальной обработки, листьев гиностеммы пятилистной, частухи подорожниковой, кожуры мандарина.

Контроль данных ультразвукового обследования, показателей субъективного состояния показал эффективность применения вышеперечисленных биологи-

чески активных добавок в комплексном лечении больных, выраженное уменьшение диаметра камней находящихся в желчном пузыре, что исключало необходимость оперативного вмешательства. Это представляло особую важность для больных с отягощенным анамнезом и сопутствующей патологией.

Таким образом, появилась возможность изменить качество жизни людей страдающих желчекаменной болезнью и возможность сохранить желчный пузырь для нормального физиологического пищеварения.

СПИСОК ЛИТЕРТАУРЫ

1. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. //Под ред. В.Т.Ивашкина. М:М-Вести, 2002.-416 с.

2. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей.//Пер. с нем. –М:ГЭОТАР. –МЕД.,2001. -260 с.

3. Смолянский Б.Л., Лифляндский В.Г. //Диетология. Новейший справочник для врачей. СПб., Сова; М.:Изд-во Эксмо 2004. -816 с.

4. Хендерсон Дж. М. //Патофизиология органов пищеварения. Пер. с анг., - М.:БИНОМ; СПб6 Невский диалект, 2001. -283 с.

5. Шерлок Ш., Дули Дж.//Заболевания печени и желчевыводящих путей: Практическое руководство. Пер. с анг. – М:ГЭОТАР Мед., 1999. -864 с.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Современные медицинские технологии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика)», Хорватия, 25 июня - 2 июля 2006г. Поступила в редакцию 16.05.06г.

РОЛЬ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Брянцева Н.Н.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Отчетливо проявившаяся во второй половине XX столетия тенденция к увеличению продолжительности жизни послужила причиной того, что современная популяция женщин проводит одну треть жизни в состоянии постменопаузы - в переходном и старческом возрасте.

С возрастанием продолжительности жизни особое медико-социальное значение приобретают разнообразные аспекты, которые определяют качество жизни женщин этого возраста. К их числу относятся проблемы, связанные с профилактикой, диагностикой и лечением патологических состояний, одним из существенных факторов патогенеза которых является дефицит эстрогенных влияний и которые становятся как бы "болезнями" эстрогенного дефицита. Это - нейро-вегетативные проявления климактерического синдрома, урогенитальные нарушения, заболевания сердечно-сосудистой системы, явления остеопороза. Несмотря на то, что патофизиологическая роль эстрогенного дефицита в развитии указанных системных изменений неоднозначна, результаты многочисленных научных изысканий в этой области позволили сформулировать концепцию о заместительной гормональной терапии и стимулировали создание широкого арсенала специальных гормональных препаратов и различных лекарственных форм, предназначенных для профилактики и лечения т.н. менопаузального синдрома.

К сожалению, однако, при появлении упомянутых выше симптомов женщины переходного возраста сравнительно редко обращаются за помощью к гинекологу и все чаще становятся пациентками врачей сопряженных клинических специальностей. В связи с этим роль эстрогенного дефицита в патофизиологии системных изменений при этих состояниях не всегда учитывается в должной степени, что отражается и на эффективности лечебных мероприятий. Указанные обстоятельства диктуют необходимость распространения соответствующей информации среди врачей различного профиля, соприкасающихся с проблемами геронтологии.

Клинический симптомокомплекс климактерического синдрома (КС) включает в себя вазомоторные, эндокринно-обменные и нервно-психические нарушения. Наиболее типичными его симптомами являются приливы жара к лицу, голове и верхней половине туловища, потливость, сердцебиения, головокружения, эмоциональная лабильность, нарушения сна, парестезии, утомляемость.

Климактерический синдром относится к пограничным состояниям в психиатрии и поэтому больные нуждаются в комплексном обследовании врачами ряда специальностей. Вместе с тем, первое слово в диагнозе остается за гинекологом, так как появляющиеся симптомы связаны прежде всего с угасанием функции яичников. Больные нуждаются в специальном обследовании для уточнения гормональной активности яичников, определения уровня эстрогенных влияний и выявления связи между появлением приливов жара и климактерическими изменениями менструальной функции. Ведущая роль врача-гинеколога в лечении больных с КС обусловлена также необходимостью выбора метода лечебного воздействия, препарата для заместительной гормональной терапии, соответствующих гормональных компонентов и дозового режима соответственно меняющимся в ходе возрастной инволюции организма гормональным соотношениям. Вместе с тем, каждая больная с климактерическим синдромом нуждается и в специальном психоневрологическом обследовании.

Влияние эстрогенного дефицита на сексуальную активность женщин в постменопаузе

Сексуальная функция представляет собой комбинацию различных биологических, межперсональных и социально-культурных факторов. До наступления менопаузы у большинства людей устанавливается структура сексуального поведения, в котором сбалансированы сексуальные желания, активность и ответ. Происходящие в перименопаузе физиологические изменения часто снижают сексуальную активность женщины из-за диспареунии, недержания мочи, отсутствия сексуального желания и оргазма. В результате этой сексуальной дисфункции в последней трети жизни могут развиваться психологические расстрой-