

КЛИНИКА И ФАРМАКОТЕРАПИЯ КАНДИДОЗОВ

Зацепина Е.Е., Морозова Д.И., Ивашев М.Н.
ПМФИ, филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава
России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru

Кандидоз (кандидамикоз, кандидиаз) – одна из разновидностей грибковой инфекции, вызывается микроскопическими дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Причины кандидозов: угнетение иммунной системы; нарушение правил личной гигиены; венерические болезни; необоснованное применение лекарств [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11].

Цель исследования. Характеристика препаратов для лечения данной патологии.

Материалы и методы исследования. Обработка данных интернет-ресурсов и публикаций.

Результаты исследования и их обсуждение. Кандидозы разделяются на 4 основные группы: кандидозы слизистых оболочек; висцеральные системные кандидозы; кандидозы кожи и ее придатков; вторичные аллергические заболевания. Кандидоз ротовой полости: появляются точечные налеты, сливаясь, они образуют беловато-сероватые пленки. При кандидозе половых органов наблюдаются обильные желтовато-белого цвета творожистые выделения, характерен зуд. Кандидоз легких может быть первичным, возникать при неадекватной терапии бронхитов и т.д., дисбактерий, в послеоперационный период. Кандидоз легких бывает вторичным после применения антибиотиков. Кандидоз органов пищеварения частое следствие антибиотикотерапии. В начальный период наблюдаются потеря аппетита, тошнота, рвота, жидкий стул, иногда со слизью и кровью, вздутие и боль в животе, зуд в области заднего прохода. Природа кандидамикозов выявляется на основании комплекса клинических, микологических и иммунологических данных. Существуют разнообразные антимикотические средства: амфотерицин В, итраконазол, кетоконазол, флуконазол, вариконазол – обладают системным действием, могут применяться местно, перорально и внутривенно. К практически неадсорбирующимся антимикотическим средствам относятся: леворин, нистатин, натамицин (пимафуцин). Пимафуцин (натамицин) – противогрибковый фунгицидный, полиеновый антибиотик широкого спектра. Пимафуцин обладает более высокой эффективностью (нистатин, леворин), назначают в периоды беременности и лактации, а также новорожденным детям.

Выводы. Основным критерием эффективности терапии является исчезновение клинических симптомов и данные микологического исследования.

Список литературы

1. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н. Ивашев [и др.] // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 7. – Ч. 2. – С. 441-444.

2. Влияние ГАМК и пираретама на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н. Ивашев [и др.] // *Фармакология и токсикология*. – 1984. – № 6. – С. 40-43.

3. Значимость и необходимость специальности провизора в клинической фармакологии / Е.Е. Зацепина, М.Н. Ивашев // *Успехи современного естествознания*. – 2013. – №3. – С. 149.

4. Изучение эффектов некоторых аминокислот при гипоксической гипоксии / К.Т. Сампиева [и др.] // *Биомедицина*. – 2010. – Т. 1. – №4. – С. 122-123.

5. Исследование роли нейро-гуморальных систем в патогенезе экспериментальной хронической сердечной недостаточности / С.Ф. Дугин, Е.А. Городецкая, М.Н. Ивашев, А.Н. Крутиков // *Информационный бюллетень РФФИ*. – 1994. – Т. 2. – №4. – С. 292.

6. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии ВИЧ – инфекции в образовательном процессе / А.В. Арлыт [и др.] // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2012. – № 8. – С. 43 – 47.

7. Клиническая фармакология противозвонных препаратов в образовательном процессе студентов / Е.Е. Зацепина [и др.] // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2012. – № 8. – С. 48-49.

8. Клиническая фармакология противозипелитических средств в образовательном процессе студентов / Т.А. Лысенко [и др.] // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2012. – № 12-1. – С. 19-22.

9. Клиническая фармакология антиаритмических лекарственных средств в обучении студентов / М.Н. Ивашев [и др.] // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2013. – № 1. – С. 67-70.

10. Пути совершенствования преподавания клинической фармакологии / М.Н. Ивашев [и др.] // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2012. – № 8. – С. 82-84.

11. Сулейманов, С.Ш. Юридические и этические аспекты применения лекарственных средств / С.Ш. Сулейманов // *Проблемы стандартизации в здравоохранении*. – 2007. – № 9. – С. 13-19.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ С ПОЗИЦИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Козлова О.С., Чичкова М.А.

ГБОУ ВПО «Астраханская государственная
медицинская академия» Минздрава России,
Астрахань, e-mail: kozlova.os@mail.ru

В настоящее время отмечается повышенный интерес к оценке качества жизни у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности, при эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ), так как ни один лабораторный или инструментальный показатель не может дать исчерпывающей информации о пациенте. Доказано, что качество жизни является важным интегральным и независимым показателем в оценке степени тяжести заболевания и эффективности лечения пациентов [3]. Для положительных результатов терапии ЭАГ важно достигнуть приверженности пациента к лечению, которая повышается не только при устранении клинических симптомов заболевания и стабилизации уровня артериального давления, но и при повышении качества жизни.

В проведенных исследованиях оценка качества жизни проводилась только общими опросниками, в которых не отражена специфика заболевания, не учитывалось влияние избыточной массы тела на качество жизни пациентов. Также нет четких интервалов, по которым можно объективно с учетом клинико-anamnestических данных судить о снижении или повышении показателей качества жизни [1, 2]. Разработка новых подходов к лечению пациентов с ЭАГ и ожирением позволит снизить риск развития осложнений и значительно улучшить качество жизни.

Цель исследования: оптимизировать подход к лечению пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией и ожирением с позиции оценки качества жизни.

Материалы и методы исследования. Клинические данные 50 человек с ЭАГ, имеющих ожирение II-III степени. Всем пациентам назначалась комбинированная гипотензивная терапия. Первую группу составили 30 пациентов (м-13, ж-17), средний индекс массы тела которых составил $36,32 \pm 1,20$ кг/м². Индивидуально проводили расчет калорийности суточного рациона с использованием формул с учетом пола, возраста пациентов и уровня физической активности. Вторая группа исследования включала 20 пациентов (м-12, ж-8), средний индекс массы тела $33,71 \pm 0,91$ кг/м². С момента начала исследования и на протяжении последующих 6 месяцев все пациенты второй группы получали комбинированную гипотензивную терапию, без коррекции ожирения.

В работе использованы следующие методы: общеклинические, инструментальные (электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления), биохимические.

В настоящей работе для оценки качества жизни использовался опросник Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Он состоит из 36 вопросов, результаты оцениваются по 8 шкалам в баллах (от 0 до 100). Для оценки изменений, возникающих у пациентов с ЭАГ и ожирением на фоне гипотензивной терапии в сочетании с методами по снижению массы тела, создан опросник «Клинико-терапевтический аспект качества жизни», включающий вопросы, в которых отражены наиболее частые жалобы пациентов и побочные эффекты терапии (патент на изобретение № 2371082 от 16.06.2008). С целью повышения эффективности оценки лечения нами предлагается комбинация общего опросника SF-36 и созданного нами опросника «Клинико-терапевтический аспект качества жизни», в которые внесены объективные симптомы, отражающие специфику заболевания по качеству жизни.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы STATISTICA for WINDOWS V.7.0.

Результаты и обсуждение: В течение первых 2-4 недель от начала лечения во всех выделенных группах отмечалось уменьшение клинических симптомов ЭАГ. На фоне гипотензивной терапии достигнуты целевые уровни систолического и диастолического артериального давления в обеих группах исследования. Среднее значение массы тела в 1-й группе снизилось на 4,88 кг, индекс массы тела составил $34,55 \pm 1,20$ кг/м² ($p < 0,05$). В группе получавших только гипотензивную терапию, без коррекции ожирения отмечалось увеличение массы тела на 1,64 кг и индекса массы тела до $34,28 \pm 0,92$ кг/м² ($p < 0,05$).

Сочетание гипотензивной терапии с немедикаментозной коррекцией ожирения у всех пациентов с ЭАГ позволили снизить общий холестерин на 3,5%, липопротеиды низкой плотности – 7,0%, триглицеридов – 11,5%, атерогенный индекс – 7,3%.

При сравнении с исходно низкими показателями качества жизни у пациентов 1-й группы исследования на фоне гипотензивной терапии в сочетании с гипокалорийной диетой и умеренными физическими нагрузками отмечается достоверное увеличение всех показателей, характеризующих физическое здоровье: физическое функционирование (до лечения $65,50 \pm 3,51$ балла после $75,17 \pm 2,56$ балла ($p < 0,05$)) и ролевое физическое функционирование (до лечения $34,17 \pm 6,39$ балла, после $51,67 \pm 6,44$ балла ($p < 0,05$)). Изменения психосоциальной сферы в этой группе пациентов связаны с ростом ролевого эмоционального функционирования (с $36,90 \pm 7,20$ балла до $59,17 \pm 6,50$ балла) и с увеличением показателей психического здоровья (с $58,67 \pm 3,44$ балла до $61,40 \pm 2,55$ балла ($p < 0,05$)). При анализе изменений по основным шкалам опросника во 2-й группе пациентов, наблюдалось не достоверное увеличение физического функционирования (с $70,00 \pm 2,76$ балла до $72,00 \pm 2,13$ балла ($p < 0,05$)) и общего состояния здоровья (с $55,30 \pm 3,67$ балла до $58,75 \pm 2,90$ балла ($p < 0,05$)).

Сравнение полученных данных по опроснику «Клинико-терапевтический аспект качества жизни» у пациентов, достигших целевых уровней артериального давления, показало, что сочетание гипотензивной терапии с немедикаментозной коррекцией ожирения привело к значительному уменьшению симптомов заболевания (до лечения $19,87 \pm 0,72$ балла, после $8,80 \pm 0,54$ балла ($p < 0,01$)). У пациентов без коррекции ожирения количество баллов по опроснику «Клинико-терапевтический аспект качества жизни» через 6 месяцев лечения уменьшилось незначительно (до лечения $17,30 \pm 0,95$ балла, после лечения $11,70 \pm 0,60$ ($p < 0,01$)).

Для более точной оценки и демонстрации эффективности терапии с помощью опросника «Клинико-терапевтический аспект качества жизни» находится динамический коэффициент

(К), который рассчитывают путем вычитания суммы баллов второго динамического анкетирования (А2) на фоне медикаментозной терапии из суммы первого исследования в начале лечения (А1): $A1 - A2 = K$. Результат от 0 до 9 баллов свидетельствует о неэффективности лечения и необходимости коррекции проводимой терапии. Результат 10 баллов и более подтверждает эффективность лечения. Таким образом, суммируя итоговые результаты анкетирования, мы делаем выводы об эффективности или неэффективности гипотензивной терапии в сочетании с методами по снижению массы тела.

Выводы: Рекомендовать к использованию в практическом здравоохранении сочетание индивидуальной программы лечения эссенциальной артериальной гипертензии на фоне ожирения (с коррекцией избыточной массы тела), благодаря гипотензивному эффекту, органопротективному действию и благоприятному влиянию на углеводный и липидный обмены.

2. Использовать опросники SF-36 и разработанный «Клинико-терапевтический аспект качества жизни» при обследовании пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией на фоне ожирения для более точной оценки объективных симптомов и течения заболевания.

Список литературы

1. Парахонский, А.П. Оценка качества жизни больных артериальной гипертензией / А.П. Парахонский // Фундаментальные исследования. – 2006. – № 12. – С.33-34.
2. Юрлова, С.В. Взаимосвязь параметров гемодинамики и качества жизни у больных гипертонической болезнью: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Владивосток. – 2009. – С. 15.
3. World Health Organisation. Diet, nutrition and the prevention chronic disease // Report of a Joint/FAO Expert Consultation. Geneva. – WHO. – 2003.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ШИЗОФРЕНИИ

Сумцова Е.А., Зацепина Е.Е., Ивашев М.Н.
ПМФИ, филиал ГБОУ ВПО Волг ГМУ Минздрава
России, Пятигорск, e-mail: ivashev@bk.ru

Среди проблем медицины важное место занимают проблемы психического здоровья, например шизофрения. Терапия шизофрении, как и других заболеваний должна быть комплексной [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12] и учитывать клиническую картину болезни.

Цель исследования. Представить особенности клинических проявлений шизофрении.

Материал и методы исследования. Ретроспективный анализ литературы

Результаты исследования. Характерной особенностью психических заболеваний является их ежегодное увеличение. Это связано с изменением возрастной структуры населения (с старением населения растет число больных с сосудистыми поражениями головного

мозга), оказывают влияние военные конфликты, экономический кризис, рост безработицы; отсутствие социальной защищенности, распространение алкоголизма и т.д. Следует упомянуть несколько слов о самом термине «шизофрения». Слово возникло от греческих «шизо» («схизо») – расщепляю и «френ» – разум. Шизофрения – наиболее «дорогое» фармакоэкономическое психическое заболевание. В развитых странах оно «съедает» около 2% всех затрат на здравоохранение. Симптомы шизофрении могут быть как позитивными (излечимыми), так и негативными (неизлечимыми). К позитивным относятся бред, галлюцинации и атактическое мышление. Последнее характеризуется наличием в речи больного не координируемых, в норме не сочетающихся между собой понятий. К негативным симптомам относят эмоциональную тупость, алогию (скудость или полное прекращение речи), гипобулию (ослабление волевой активности, желаний), абулию (полное отсутствие побуждений) и парабулию (извращенные формы деятельности – манерные действия, походка, позы, жесты). Шизофрения – редкая болезнь, встречается примерно у одного процента людей на земле. К сожалению, современные методы лечения шизофрении не позволяют окончательно избавить человека от этой болезни. Однако современные препараты (нейролептики, ноотропы, антидепрессанты) позволяют во многих случаях улучшить качество жизни больных и их близких. Ход мысли больного шизофренией отличается нестандартностью и оригинальностью. Но не все люди, страдающие шизофренией, гениальны.

Выводы. Клиника шизофрении настолько разнообразна и вариабельна, что поставить диагноз могут психоаналитически ориентированные профессионалы – психиатры.

Список литературы

1. Биологическая активность соединений, полученных синтетическим путем / М.Н.Ивашев [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 7. – Ч. 2. – С. 441-444.
2. Влияние ГАМК и пирacetama на мозговое кровообращение и нейрогенные механизмы его регуляции / М.Н. Ивашев [и др.] // Фармакология и токсикология. – 1984. – № 6. – С.40-43.
3. Значимость и необходимость специальности провизора в клинической фармакологии / Е.Е. Зацепина, М.Н. Ивашев // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 3. – С. 149.
4. Изучение эффектов некоторых аминокислот при гипоксической гипоксии / К.Т. Сампиева [и др.] // Биомедицина. – 2010. – Т. 1. – № 4. – С. 122-123.
5. Исследование роли нейро-гуморальных систем в патогенезе экспериментальной хронической сердечной недостаточности / С.Ф. Дугин, Е.А. Городецкая, М.Н. Ивашев, А.Н. Крутиков // Информационный бюллетень РФФИ. – 1994. – Т. 2. – № 4. – С. 292.
6. Клиническая фармакология лекарственных средств, для терапии ВИЧ – инфекции в образовательном процессе / А.В. Арлят [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 8. – С. 43-47.
7. Клиническая фармакология противоязвенных препаратов в образовательном процессе студентов / Е.Е. Зацепина