Мы считаем, что для разработки причин смертности и заболеваний у людей, необходимо в качестве первичных документов в настоящее использовать только стационарные истории болезней, амбулаторные карты и в особенно протоколы патологоанатомических исследований. Но это не возможно без применения современных сетевых компьютерных технологий и соответствующих программ. Мы считаем, что назрела необходимость применения новой модифицированной формы «Медицинского свидетельства о смерти», поскольку применяющаяся в настоящее время устарела и получаемы при обработки их аналитические данные не могут служит основой для современного, адекватного планирования финансовых затрат для нужд здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. В.И. Дмитриев, А.Д. Соломонов, М.М. Балыгин Изучение множественных причин смерти - важный шаг к пониманию современного состояния смертности населения. ФГУ Кардиологический, научно производственный комплекс Росздрава РФ, Краевой медицинский, информационно-аналитический центр, Ставрополь Здравоохранение Российской Федерации, 2,2006 год, стр 17-21.

2. Мишнёв О.Д. Основные вопросы организации патологоанатомической службы Материалы научно-практической конференции-семинара заведующих патологоанатомическими отделениями лечебно-профилактических учреждений Уральского федеративного округа «Актуальные вопросы организации патологоанатомической службы, патологоанатомической диагностики и экспертизы», Магнитогорск 2004 г, стр. 1.

3. Коваленко В.Л., Москвичёва М.Г., Кокшаров В.Н., Димов П.Г. Принципы стандартизации работ и услуг по специальности патологическая анатомия Материалы научно-практической конференции-семинара заведующих патологоанатомическими отделениями лечебно-профилактических учреждений Уральского федеративного го округа «Актуальные вопросы организации ческой службы, патологоанатомической диагностики и экспертизы», Магнитогорск 2004 г, стр. 42

4. Ивакина В.Н., Никольский А.В. , Дмитриев В.И. Методика учёта и анализа причин смерти. М.1978 .

5. Заратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов. Справочник-М.: «Медицинское информационное агентство», 2008 г.

ФИТОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Осипов П.Г., Степченко О.И.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Ирасафа, Белгород, Россия

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) представляет собой специфические гистопатологические изменения, характеризующиеся гиперплазией стромальных и эпителиальных клеток простаты, неразрывно связанные со старением (7).

По данным Н.Е.Савченко ДГПЖ выявляется при аутопсиях у 70% мужчин в возрасте 61-70 лет и до 80% у мужчин от 70 до 80 лет (5).В связи с этим проблема выбора метода лечения больных ДГПЖ является наиболее актуальной в наше время, так как частота ее прогрессивно растет с возрастом и увеличением продолжительности жизни мужского населения планеты (10,11).

В 1990 году Lepor доказал, что устранение динамического компонента инфравезикальной обструкции опосредовано блокадой а1- адренорецепторов (12).

Поэтому, одним из наиболее современных и эффективных методов лечения больных неосложненной ДГПЖ является применение селективных a_1 – адреноблокаторов (1,3,4,7,8,9).

В лекарственной терапии ДГПЖ с непостоянным успехом используются препараты различных групп: альфа-адренолитики (празозин, фентоламин, омник), цитомедины (простатилен, эпиталамин. биоглобин), антибиотики (леворин), гормональные препараты (сустанон-250, раверон, депостат), антиэстрогены (ипертрофан), антиандрогены (агаптон, флуцином), ингибиторы 5-альфа-редуктазы (пермиксон, проскар), растительные производные (трианол, простаплант, аденолфорте, уртика-плюс, гентос), ферментативные препараты (вобензим «комплекс сильных ферментов»). При столь обильном фармакологическом выборе научно обоснованных рекомендаций по использованию того или иного препарата нет.

Цель и задачи исследования:

Изучить влияние фитотерапии на комплексное лечение пациентов с синдромом нижних мочевых путей.

Материалы и методы:

В исследование включены 45 пациентов в возрасте 61-75 лет. Нами определены факторы, лежащие в основе синдрома нижних мочевых путей (СНМП) у обследованных пациентов. Так, СНМП обусловлен хроническим простатитом (ХП) (12,9%), ДГПЖ в сочетании с ХП (70,1%), а

также истинным рецидивом ДГПЖ, проявляющейся ирритативной симптоматикой.

Нередкой была прямокишечная патология. Так, геморрой отмечен у (30,5%) человек, а трещины прямой кишки у (14,0%). Подобное сочетание может обусловливать так называемую ано-простатическую патологию с выраженным СНМП (2, 6).

Фитотерапия преследует двоякую цель: вызвать регрессию ДГПЖ и снять осложняюшие это заболевание факторы – воспаление, венозную гиперемию, отек. Нами разработан лекарственный комплекс, состоящий из ректальных свечей и сложной настойки. Лекарственные ингридиенты ректальных свечей обладают противоотечным и противовоспалительным эффектом, а травы сложной настойки – уменьшают явления воспаления и оказывают адренолитческое действие. В состав свечей включен экстракт плодов конского каштана в ассоциации с рутином. Настойка содержит золотарник, крапиву, почки тополя черного, зверобой, пастушью сумку, арнику, валерьяну. Применяется настойка по 20 капель три раза в день, одновременно вводится свеча в прямую кишку 1 раз в сутки. Курс лечения длится 21-35 дней.

Медикаментозный комплекс применен у 45 пациентов, находившихся под наблюдением, 21 (I группа) принимали разработанную нами фитонастойку и ректальные свечи с простатиленом, а у 24 пациентов (II группа) дополняли этот вид комплексной терапии приемом вобензима.

Оценка результатов проводилась в динамике а) субъективных симптомов; б) объективных данных (УЗИ и уродинамические исследования). В результате проведенного лечения отмечено, что наилучшие результаты получены во второй группе пациентов -выраженное улучшение наступило у 7 пациентов (30%),улучшение – у 60% (14 больных). Эффект не выявлен у 3 больных, причем двое из них страдали сопутствующим ХП, а у одного выявлены камни простаты. При УЗ-контроле размеры ПЖ уменьшились у трех пациентов. Исчезновение (или уменьшение) дизурии, никтурии связано скорее с противоотечным и противовоспалительным действием препаратов, благотворно влияющих на аноректальную и уретровезикальную зону. Улучшение уродинамических показателей объясняется, не только вышеперечисленными фармацевтическими эффектами, но и адренолитическим действием фитосбора. Наличие камней простаты, длительного течения ХП, отсутствие динамики фентоламинового теста (или омниктеста) говорит в пользу радикального лечения. Вместе с тем, 90% больных с ранними стадиями ДГПЖ сочетанное применение свечей, сложной настойки и системной энзимотерапии оказывает положительное действие.

Заключение:

Данное исследование говорит о возможности расширения диапазона лекарственных средств при лечении расстройств мочеиспускания (после аденомэктомии и при наличии ДГПЖ) у мужчин пожилого возраста.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бойко Н.И. Кардура (доксазозин) в лечении аденомы ПЖ // Лік. Справа – 1997. – №5. – С. 135-137.

2. Гаврилов Л.А., Гаврилова Н.С. Биология продолжительности жизни. М.: Наука. 1989, 287с.

3. Лоран О.Б., Вишневский А.Е. а-адреноблокаторы в терапии ДГП // Клиническая фармакология и терапия. – 1997. – Т. 6, №1. – С. 87-91.

4. Опыт применения доксазозина у больных доброкачественной гиперплазией простаты / Н.А. Лопаткин, О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь и др. // Урол. и нефрология. – 1998. – №3. – С. 3-5.

5. Савченко Н.Е., Строцкий А.В., Жлоба Л.П. Нехирургические методы лечения доброкачественной гиперплазии простаты // - Минск, 1998. – 63с.

6. Усатенко А.С. Андропауза - мужской климакс//Здоровье мужчины., 2002, №6., - с.34-37

7. Chappie C.R. Selective alpha-1-adrenoceptor antagonists in benign prostatic hyperplasia: rationale and clinical experience // Europ. Urol. – 1996. – Vol. 29, Nsi 2. – P. 129-144.

8. Chappie C.R., Wyndaele J.J., Nordling J. et al. Tamsulosin, the first prostate-selective alpha-la-adrenoceptor antagonist. A meta-alalysis of two randomized, placebo-controlled, multicentre studies in patients with benign prostatic obstruction (symptomatic BPH) // Europ. Urol. – 1996. – Vol. 29, № 2. – P. 155-167.

9. Chute C.G., Panser L.A., Girman C.J. et al. The prevalence of prostatism: a population based survey of urinary symptoms // J.Urol. – 1993. – Vol. 150. – P. 85-89.

10. Comparison of prazosin and doxazosin in mild to moderate BPH / Volkan Ulker, Mehmet Dunbar, Ceyhun Ozyurt et al. // 4th Mediterranean Congress of Urology: Abstracts. - Rhodes, 1995. – P. 32.

11. Epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry, P. Boyle, J. Fourcroy et al. // The 3rd International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH):Proceedings. - Monaco, 1995. - P. 21-36.

12. Lepor H. Role of long-acting selective alpha-1 blockers in the treatment of benign prostatic hyperplasia // Urol. Clin. North. Am. – 1990. – Vol. 17, N2 3. – P. 651-659.