

вой раны наблюдалось постепенное уменьшение зоны некроза и серозно-гнояного экссудата, эпителизация раневого дефекта. Полного заживления раны к 28-му дню не происходило. Заживление ожоговой раны сопровождалось постепенным уменьшением площади раневого дефекта: к 3 суткам — на 8%, к 7 суткам — на 30%, к 14 суткам — на 59%, к 21 суткам — на 85% и к 28 суткам — на 99% в сравнении с исходной площадью раны. Кривая скорости закрытия раневого дефекта имеет пологий характер и запаздывает.

Исследование уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови животных с термическим ожогом показало увеличение ИЛ-1 β на протяжении трех недель наблюдения, ИЛ-8 и ФНО- α — на протяжении всех сроков наблюдения. Так, концентрация ИЛ-1 β на 3-и сутки и на 7-е сутки превышала на 31% и 70% соответственно таковой показатель у интактных животных. На 14-е сутки содержание ИЛ-1 β было максимальным: в 2,5 раза выше уровня цитокина интактных животных. К 21-м суткам его концентрация снижалась по сравнению с предшествующим сроком, но превышала норму на 49%. Лишь к 28 суткам содержание ИЛ-1 β достоверно не отличалось от показателя интактных животных. Уровень ИЛ-8 на 3 сутки увеличивался на 23 %, на 7-е сутки — на 35 % по сравнению с интактными животными. На 14-е сутки его концентрация, также как и концентрация ИЛ-1 β , достигала пиковых значений, превышая норму в 1,5 раза, и оставалась высокой до конца срока наблюдения. На 21-е и 28-е сутки его уровень превышал аналогичный показатель интактных животных на 39 % и 31% соответственно. Содержание ФНО- α на 3-и и 7-е сутки достигало максимальных значений, возрастая в 2,1-2,3 раза относительно интактных животных. В последующие три недели наблюдения концентрация ФНО- α постепенно снижалась по сравнению с предшествующими сроками, но была выше, чем у интактных крыс. На 14-е сутки уровень ФНО- α превышал на 80%, на 21-е сутки — на 46%, на 28-е сутки — на 41% аналогичный показатель интактных животных.

Таким образом, течение раневого процесса у крыс с термическим ожогом характеризуется запаздыванием сроков, скорости закрытия раневого дефекта и сопровождается повышением уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови — ИЛ-1 β на протяжении 3-х недель наблюдения, ИЛ-8 и ФНО- α в течение всего времени наблюдения (28 суток).

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Киселев Е.А., Старцев В.Ю.*

*Медицинский центр «УРО-ПРО»,
Краснодар*

**СПбГПМА, Санкт-Петербург, Россия*

Актуальность диагностики и лечения гормональных возрастных нарушений у мужчин обусловлены увеличением среднего возраста населения и высоким вниманием к качеству жизни человека. С внедрением в клиническую практику ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа возрос научный и практический интерес к терапии сексуальных расстройств в целом. Многими исследователями отмечена тесная взаимосвязь эректильной дисфункции (ЭД) с дефицитом андрогенов, что характеризует важность изучения гормонального фона у мужчин. Вопросы взаимосвязи андрогенов и мужской сексуальной функции отражены в документах международных сообществ, изучающих особенности сексуальных расстройств, в сочетании с проблемами мужского старения. Исследование уровня сывороточного тестостерона (Т) рекомендовано как международный стандарт при обследовании мужчин с ЭД.

Лечение широких слоев населения с возрастным андрогенным дефицитом невозможно без точной диагностики. Вопрос раннего выявления этой патологии до сих пор вызывает много дискуссий. Значительные трудности вызывает определение референсных значений показателя тестостерона крови с учетом индивидуальных особенностей человека, а также суточных колебаний этой величины и ее корреляцией с условиями жизни и экзогенными факторами.

В отличие от первичного гипогонадизма, при возрастных изменениях снижение продукции тестостерона является относительным, а не абсолютным. Для возрастного дефицита андрогенов не характерно выраженное снижение уровня андрогенов и возрастание концентрации лютеинизирующего гормона. Клинические симптомы возрастного андрогенодефицита неспецифичны и схожи с симптомами других соматических и психологических расстройств, сопровождающих процесс старения. Таким образом, ни лабораторное исследование, ни клиническая картина в значительной части случаев не позволяют диагностировать возрастной гипогонадизм. Косвенным подтверждением проблем диагностики являются значительные различия дан-

ных о распространенности андрогенодефицита: оценки варьируют от 5% до 35% в мужской популяции.

Международная согласительная комиссия по диагностике и лечению позднего гипогонадизма рекомендует проведение краткого пробного лечения при имеющейся клинической картине гипогонадизма и пограничном уровне тестостерона.

Для оценки диагностических возможностей пробного лечения проанализированы результаты наблюдения 226 пациентов от 40 до 81 лет (средний возраст 55 лет) с явлениями эректильной дисфункции и/или с жалобами на снижение полового влечения.

Помимо сбора анамнеза и физикального исследования, пациентам проведено тестирование с помощью специализированных вопросников. В нашем исследовании использованы: международный индекс эректильной функции IIEF-5 (R.C. Rosen, J.C. Capelleri, M.D. Smith, Y. Lipsky, B.M. Peña 1999) — для определения степени эректильной дисфункции; госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Shnaith R.P., 1983) — для выявления текущих состояний тревоги и депрессии; рейтинговая шкала социальной адаптации Stress scale (T. Holmes and R. Rahe, 1967) — для оценки стрессогенных факторов, предшествовавших половому расстройству. Гормональные исследования включали измерение уровней: общего тестостерона (Т) сыворотки крови, глобулина связывающего половые гормоны (ГСПГ), пролактина и гликозилированного гемоглобина. Кроме того, в связи со сходной симптоматикой гипогонадизма и гипотиреоза, нами исследованы показатели тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного тироксина (Т4). При наличии ожирения измерялись показатели кортизола и эстрадиола, при указании на патологию печени — уровни трансаминаз и билирубина. Перед назначением препаратов Т всем пациентам проведено пальцевое ректальное исследование и измерен уровень простатического специфического антигена.

Всем пациентам измерялась вибрационная чувствительность полового члена. Интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов применялись по показаниям, для исключения васкулогенного компонента эректильной дисфункции. Таким образом, были исследованы основные компоненты психологической, эндокринной, сосудистой и нейрогенной составляющих нарушений эрекции.

Изначально снижение полового влечения отмечено у 11 (5%) пациентов, нарушение эрекции при сохранном влечении — у 74 (33%) больных и расстройство обеих составляющих сексуальной функции — у 141 (62%) мужчин.

При скрининге уровень Т менее 12 нмоль/л выявлен в 93 (41%) случаях. Противопоказания к заместительной терапии Т были выявлены у 8 пациентов (подозрение на онкологическое заболевание, некомпенсированная соматическая патология), и они были исключены из настоящего исследования.

Остальным 85 пациентам начат курс лечения дериватами тестостерона. У наблюдаемых больных уровень Т менее 8 нмоль/л был выявлен у 11 пациентов; 8-12 нмоль/л — у 74 пациентов. Преимущественно был определен пограничный уровень андрогенов, что являлось показанием к пробному лечению. После 30 дней терапии проведена повторная оценка половой функции.

Увеличение индекса эректильной функции на 5 или более баллов по шкале IIEF (одна степень градации степени тяжести) расценивалось как положительный ответ на заместительную гормональную терапию. Изменение половой функции было выбрано основным критерием эффективности заместительной терапии, поскольку: 1) эректильная дисфункция — основная причина обращения пациентов; 2) нарушения либидо и эрекции — наиболее ранние и специфичные симптомы гипогонадизма; 3) изменение сексологического статуса в ответ на терапию андрогенами отмечается в течение нескольких недель, в отличие от иных симптомов, требующих более длительной терапии.

Положительный ответ был отмечен у 56 (66%) пациентов. Ниже приводится частота выявления патологии в группе пациентов, не ответивших на терапию и в группе ответивших положительно (указано в скобках). Отсутствие реакции на интракавернозное введение вазоактивного препарата -55% (8%); отсутствие сексуальной активности более 1 года — 38% (11%), средний или высокий уровень стресса — 17% (9%); наличие депрессивной симптоматики — 14% (6%); повышение уровня эстрадиола — 14% (5%); сахарный диабет, выявленный более 5 лет назад — 11% (7%); гиперпролактинемия — 6% (2%); гипотиреоз — 3% (1%); гипертонизм — 1% (0%).

Результаты проведенного исследования подтверждают тесную связь гипогонадизма и половых расстройств, однако не позволяют поставить между ними знак равенства, что, в первую очередь, связано с разнообразием причин эректильной дисфункции. Напрашивается вывод: тяжесть сопутствующей патологии больного может препятствовать развитию эффекта заместительной терапии. На практике это может означать отказ врача от необходимой пациенту терапии, при проявлении недостаточной реакции на пробный курс лечения.

Возможные причины неэффективности андрогенов: у пациентов с ожирением или патологией печени ароматизация Т может приводить к гиперэстрогемии и недостаточному повышению уровня Т. Кроме того, некомпенсированные сосудистые, неврологические и психические факторы не позволяют реализовать потенциал восстановленного уровня мужских гормонов.

Отсюда практические выводы:

1. Пациент с эректильной дисфункцией и сниженным уровнем андрогенов нуждается в определенном наборе исследований, уточняющих его соматический, эндокринный и психический статус.

2. Пробная терапия препаратами тестостерона является эффективным, а часто и единственным методом подтверждения частичного андрогенодефицита пожилых мужчин.

3. Перед назначением пробного заместительного лечения необходима коррекция выявленной сопутствующей патологии с соответствующим продлением срока пробной терапии.

Использование полного набора рекомендованных диагностических методов позволит максимально эффективно выявлять возрастные гормональные нарушения у мужчин любого возраста и своевременно оказывать им необходимый объем медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ НОВЫХ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПОДХОДОВ К РАСПОЗНАВАНИЮ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И СНИЖЕНИЮ СУИЦИДОВ

Корнетов Н.А.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

К концу 80-х годов прошлого столетия, в период явного начала распада СССР появились первые яркие проявления изменения общественного сознания, которые вызвали раскол в идеологии, в системе бывших, устоявшихся представлений, которые не могли не нанести общественному сознанию общий популяционный стресс и вызвали кризис идентичности. Самой существенной чертой этого кризиса являлось резкое изменение прежних идеологических догм и представлений, старого уклада жизни, изменение взаимоотношений и социальных приоритетов в обществе [2]. На фоне значительного снижения материально-нравственного

уровня жизни, на первый план выступили эмоциональные факторы. Прежде всего, переживание безысходности, нравственные потрясения, разочарования, крушение надежд и ожиданий, апатия, гибель близких людей, потеря жилья, нравственная борьба со старым отжившим мировоззрением и неприспособленность к новому укладу жизни. Следствием пролонгированного кризиса в Российском обществе явилось то, что потребление алкоголя с вредными последствиями в стране заняло 1 место, а суициды к концу 90-х годов — 2 место в мире.

Цель исследования заключалась в построении системы образовательной программы по распознаванию тактики ведения и терапии депрессивных расстройств в первичной медицинской сети с целью превенции суицидов.

Материал и методы. Включали создание 3-х звеньевой системы антикризисной неотложной суицидологической службы в социальных службах города Томска [2], организации сельской суицидологии в районах Томской области, мониторинг коэффициентов смертности от самоубийств по данным статистической отчетности Российской Федерации, Сибирского Федерального Округа и Томской области, проведение трех ежегодных тематических образовательных программ по обучению врачей первичной медицинской сети, общемедицинской практики и других специализаций по депрессивным расстройствам (ДР). Российская версия программы была адаптирована на основе сделанных нашей научной группой с участием проф. В.Н. Краснова переводов 4 модулей Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) и Международного комитета по профилактике и терапии ДР (ПТД) [3-6], созданной лучшими мировыми экспертами по данной проблеме.

Обсуждение реализации комплексных мер по снижению суицидов в Томской области и г. Томске. Необходимость раннего распознавания клинических признаков депрессии диктуется современными эффективными и безопасными ее методами лечения, которые в ранний период их выявления особенно успешны. Поэтому данная образовательная программа, помимо врачей первичной медицинской сети и специалистов, работающих в различных разделах медицины, адресуется также к психотерапевтам, клиническим психологам, социальным работникам и медицинским сестрам. Это необходимо для того, чтобы расширить возможности для людей, страдающих депрессией обращаться за помощью не только в специализированные службы охраны психического здоровья, но и при желании лечиться у своего врача-