

рода ежедневно однократно в течение 5-ти дней с экспозицией нанесения в 1 минуту. Больным с выраженными гиперкератотическими наслоениями на поверхности кератомы дополнительно на 2 дня использовалась 5 % салициловая мазь.

Оценка результатов исследования проводилась на основе визуального осмотра и проведения анкетирования по опроснику DLQI, оценивая уровень качества жизни через 7 дней после использования лечебных мероприятий. У пациентов первой группы через 7 дней после удаления возникли рубцовые изменения. Тогда как представители второй группы отметили, что в среднем через 7 дней после последнего нанесения окислителя возникла корочка, после отхождения последней пациенты отмечали полное очищение кожи. Оценка уровня дерматологического качества жизни пациентов в выборке первой группы достоверный интервал [6; 8], тогда как во второй группе [4; 6].

Данный цифровая характеристика для первой группы указывает на то, что проводимая терапия оказала умеренное влияние на дерматологическое качество жизни пациента. В то же время предложенная нами методика лечения себорейного кератоза, по опросу пациентов, приносит менее выраженный дискомфорт и является более оптимальной относительно отсутствия остаточных явлений после терапии.

Выводы

Деструктивные методики в лечении доброкачественных новообразований кожи являются достаточно распространенными. Но современная медицина диктует новые правила, включая в тактику лечения все менее инвазивные техники. Одной из таких методик является использование топических, щадящих средств в лечении себорейного кератоза. Наше исследование показывает, что применение окислителя более эффективно, чем электрокоагуляция. И это подтверждается не только отсутствием эстетического дефекта (гипо- или гиперпигментации, рубцевания), но и более низким качественным дерматологическим показателем DLQI. Таким образом, использование топических средств является новым этапом в ведении пациентов с себорейным кератозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Safety and Efficacy of Hydrogen Peroxide Topical Solution, 40 % (W/W), in Patients With Seborrheic Keratoses: Results From 2 Identical, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase 3 Studies (A-101-SEBK-301/302) / L. S. Baumann [et.al.] // J Am Acad Dermatol — 2018. — Vol. 79, № 5. — P. 869–877. doi: 10.1016/j.jaad.2018.05.044.
2. Basal Cell Carcinoma Arising within Seborrheic Keratosis / R. Bedir[et.al.] // J Clin Diagn Res. — 2014. — Vol. 8, № 7. — P. 6–7. doi: 10.7860/JCDR/2014/8665.4604
3. The burden of skin diseases: 2004 a joint project of the American Academy of Dermatology Association and the Society for Investigative Dermatology / D. R. Bickers [et.al.] // J Am Acad Dermatol. — 2006. — Vol. 55, № 3. — P. 490–500. doi: 10.1016/j.jaad.2006.05.048.
4. Peredo, M. Clinical Experience With 40 % Hydrogen Peroxide Topical Solution for the Treatment of Seborrheic Keratosis / M. Peredo, E. Murphy, D. Karibayeva // J Drugs Dermatol. — 2019. — Vol. 8, № 7. — P. 173–177.
5. When Seborrheic Keratosis Is Wearing a Mask / C. Sousa [et.al.] // Dermatol Pract Concept. — 2020. — Vol. 10, № 2. e2020038. doi: 10.5826/dpc.1002a38.

УДК 616.12-008.331.1-052(476.2-25)

ТЕЧЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У ПАЦИЕНТОВ УЗ «ГОМЕЛЬСКАЯ ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3»

**Малаева Е. Г.¹, Курман Т. А.¹, Мамченко И. Л.¹, Белогурова Д. С.¹,
Грашкин Д. В.², Худяков И. А.², Меньшакова М. Н.², Ляхно И. В.², Станкевич Е. А.²**

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди патологических состояний сердечно-сосудистой системы артериальная гипертонзия (АГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, приводя-

щих к инвалидизации и летальному исходу в результате развившихся осложнений. АГ диагностируется при офисном значении систолического артериального давления (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и (или) диастолического артериального давления (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. Среди взрослого населения АГ встречается в 30–40 % случаев, а к 2025 г. прогнозируется рост еще на 15–20 %. С возрастом распространенность болезни увеличивается и достигает 50–65 % у лиц старше 65 лет [1]. Уровень САД ≥ 140 мм рт. ст. повышает риск смертности и инвалидности в ~ 70 % случаев. Наибольшее число смертей в течение года, связанных с уровнем САД, возникают вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) (4,9 млн), геморрагических (2,0 млн) и ишемических инфарктов головного мозга (1,5 млн) [2]. Данной патологии уделяется огромное внимание во всех странах мира. Однако, несмотря на разработку мероприятий по воздействию на факторы риска, создание новых антигипертензивных лекарственных средств, контроль артериального давления (АД) остается неадекватным у большого количества пациентов.

Основным осложнением АГ является гипертонический криз (ГК). ГК — состояние, вызванное значительным повышением АД, ассоциирующееся с острым поражением органов-мишеней, нередко требующее немедленных квалифицированных действий, направленных на снижение АД, обычно с помощью внутривенной терапии. Обязательной чертой ГК является внезапное повышение АД до индивидуально высоких цифр. При развитии ГК наибольшее значение имеет скорость подъема АД, а не фактический уровень АД.

Триггерными факторами ГК являются прекращение употребления антигипертензивных средств, прием гормональных контрацептивов, нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), глюкокортикостероидов, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональный стресс, метеорологические колебания, физическая нагрузка. Чаше ГК встречаются у пациентов женского пола с ожирением, наличием ИБС и приемом большого количества лекарственных средств [3].

Существует несколько вариантов классификаций ГК. С практической точки зрения наиболее удобно разделение ГК на осложненный (критический, жизнеугрожающий) и неосложненный (не критический, не жизнеугрожающий). Неосложненный ГК протекает с минимальными субъективными и объективными симптомами на фоне имеющегося существенного повышения АД, без развития острого поражения органов-мишеней и требует снижения АД в течение нескольких часов. Осложненный ГК сопровождается развитием острого клинически значимого и потенциально фатального повреждения органов-мишеней, что требует экстренной госпитализации и немедленного снижения АД с применением парентеральных антигипертензивных средств.

К осложнениям ГК относятся гипертоническая энцефалопатия, острый коронарный синдром (инфаркт миокарда), острая левожелудочковая недостаточность, расслоение аорты. Также как осложненный расценивают криз при феохромоцитоме, в случае преэклампсии или эклампсии беременных при тяжелой АГ, при ассоциированной с субарахноидальным кровоизлиянием травме головного мозга, при АГ у послеоперационных пациентов и при угрозе кровотечения, на фоне приема амфетаминов, кокаина и др. Такая классификация позволяет определить тактику лечения пациентов и прогнозировать дальнейшее течение заболевания. В связи с тем, что сердечно-сосудистый риск у пациентов с выраженным повышением АД без острого поражения органов-мишеней существенно не отличается от риска пациентов с бессимптомной неконтролируемой АГ, госпитализация не улучшает прогноз и контроль АД через 6 месяцев, а подход к лечению не отличается от подхода к лечению бессимптомной АГ, понятие «неосложненный гипертонический криз» с 2018 г. исключено из рекомендаций Европейского общества кардиологов [3]. Показаниями к госпитализации являются: не купирующийся ГК, осложненный ГК, неясный генез АГ, на фоне которой развился ГК.

Цель

Изучение основных клинических симптомов и провоцирующих факторов развития ГК у пациентов с артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование пациентов с ГК, доставленных бригадой скорой помощи в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» (УЗ «ГГКБ№3») за период февраль–март 2020 г.

Результаты исследования и их обсуждение

За период времени с 4 февраля по 3 марта 2020 г. (4 экстренных дня) в приемное отделение УЗ «ГГКБ № 3» было доставлено 63 пациента с ГК. Из них 18 (28,6 %) мужчин и 45 (71,4 %) женщин в возрасте от 39 до 81 года. У 11 (17,4 %) пациентов криз был медикаментозно купирован в приемном отделении, и они были переведены на амбулаторный этап оказания медицинской помощи. 2 (3,1 %) пациента были переведены в другие медицинские учреждения, 50 (79,3 %) пациентов были госпитализированы в стационар УЗ «ГГКБ № 3». Из них 38 (76 %) пациентов — в терапевтическое отделение и 12 (24 %) — в неврологическое отделение с осложненным ГК. С осложненным ГК было госпитализировано 12 (24 %) пациентов: с инфарктом головного мозга — 9 (18 %) и транзиторной ишемической атакой — 3 (6 %) пациента.

Жалобы пациентов с ГК представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Жалобы пациентов с гипертоническим кризом

| Жалобы | Количество пациентов | % |
|-----------------------|----------------------|----|
| Головная боль | 30 | 60 |
| Головокружение | 26 | 52 |
| Тошнота | 19 | 38 |
| Рвота | 3 | 6 |
| Шаткость походки | 22 | 44 |
| Нарушение зрения | 16 | 32 |
| Боль в грудной клетке | 15 | 30 |
| Потеря сознания | 3 | 6 |
| Боль в пояснице | 3 | 6 |
| Тяжесть в голове | 1 | 2 |
| Боль в шейном отделе | 1 | 2 |
| Боль в конечностях | 4 | 8 |
| Жар | 1 | 2 |
| Аритмии | 2 | 4 |
| Сонливость | 1 | 2 |

Из представленной таблицы видно, что в большинстве случаев у пациентов преобладали церебральные жалобы: головная боль — 30 (60 %), головокружение — 26 (52 %), шаткость походки — 22 (44 %), тошнота — 19 (38 %), нарушение зрения — 16 (32 %) пациентов. 15 (30 %) отмечали боли в грудной клетке. Реже встречались потеря сознания — 3 (6 %) и нарушение ритма — 2 (4 %) пациента.

Также оценивались провоцирующие факторы, представленные в таблице 2.

Таблица 2 — Провоцирующие факторы

| Провоцирующий фактор | Количество пациентов | % |
|-----------------------|----------------------|----|
| Стресс | 23 | 46 |
| Отрицательные эмоции | 26 | 52 |
| Положительные эмоции | 8 | 16 |
| После приема алкоголя | 2 | 4 |
| После курения | 3 | 6 |
| Прием соленой пищи | 7 | 14 |

Окончание таблицы 2

| Провоцирующий фактор | Количество пациентов | % |
|----------------------------|----------------------|----|
| Бессонница | 15 | 30 |
| Недосыпание | 17 | 34 |
| Плохой сон | 17 | 34 |
| Погодные условия | 13 | 26 |
| Смена фаз луны | 5 | 10 |
| Неадекватный прием ЛС | 8 | 16 |
| Пропуск приема ЛС | 11 | 22 |
| Недостаточная доза ЛС | 4 | 8 |
| Неподходящая комбинация | 3 | 6 |
| Самостоятельная коррекция | 5 | 10 |
| Неправильный подбор врачом | 1 | 2 |
| Менопауза | 36 | 80 |
| Прием НПВС | 19 | 38 |

На развитие ГК оказывают влияние различные факторы. 23 (46 %) пациента связывали развитие ГК со стрессом. У 26 (52 %) пациентов ГК развился в результате воздействия отрицательных, а у 8 (16 %) — положительных эмоций, 17 (34 %) пациентов отмечали недосыпание и плохой сон. Пропуск приема лекарственных средств отмечали 11 (22 %) пациентов, 19 (38 %) пациентов регулярно принимали НПВС, 32 (64 %) из госпитализированных пациентов ранее в анамнезе уже имели ГК.

Длительность течения ГК представлена на рисунке 1.



Рисунок 1 — Длительность гипертонического криза

Из анамнеза: 32 (64 %) пациента ежедневно измеряли АД, 13 (26 %) пациентов не измеряли вообще и 5 (10 %) — только при плохом самочувствии.

60 % пациентов имели в анамнезе сопутствующие заболевания: 16 % — сахарный диабет, 18 % — патологию почек, 10 % — патологию щитовидной железы, 8 % — инфаркт миокарда, 6 % — кровоизлияние в головной мозг, 2 % — подагру.

Выводы

1. За 4 экстренных дежурства в УЗ «ГГКБ № 3» бригадой скорой медицинской помощи доставлено 63 пациента с гипертоническим кризом.

2. 79,3% пациентов госпитализированы в стационар: 76 % пациентов с некупированным гипертоническим кризом в терапевтическое отделение, 24 % — в неврологическое отделение с инфарктом головного мозга и транзиторной ишемической атакой.

3. Большинство пациентов 64 % имели гипертонический криз в анамнезе, 60 % — коморбидную патологию.

4. У большинства пациентов преобладали церебральные жалобы.

5. У всех пациентов наиболее частым провоцирующим фактором гипертонического криза являлся стресс и отрицательные эмоции.

6. Портрет пациента с гипертоническим кризом — женщина в период менопаузы с нарушением сна, наличием стрессовых факторов, принимающая НПВС и низкой приверженностью к антигипертензивной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чазова, И. Е. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение артериальной гипертонии / И. Е. Чазова, Ю. В. Жернакова // Системные гипертензии. — 2019. — № 16 (1). — С. 6–31. DOI: 10.26442/2075082X.2019.1.190179
2. Артериальная гипертензия у взрослых. Клинические рекомендации 2020 // Российский кардиологический журнал. — 2020. — № 25 (3). — С. 155–156. DOI:10.15829/1560-4071-2020-3-3786
3. Хороших, Л. В. Гипертонические кризы: последние данные и обзор литературы / Л. В. Хороших // Креативная кардиология. — 2020. — № 14 (1). — С. 58–62. DOI: 10.24022/1997-3187-2020-14-1-58-70

УДК 616.858-085

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Маль Г. С.¹, Музалёва И. О.¹, Снегирева Л. В.¹, Музалёва О. Е.²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации,
²Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Курская городская больница № 2»
г. Курск, Российская Федерация

Введение

В современном мире с продлением возрастных границ среднего возраста населения наблюдается рост нейродегенеративных заболеваний, к числу которых относится болезнь Паркинсона. Болезнь Паркинсона (БП) — хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, в основе которого лежит дегенерация дофаминергических нейронов черной субстанции, клинически проявляющееся нарушением произвольных движений (скованность, расстройство ходьбы, дрожание) [1]. Средний возраст дебюта — 60–65 лет, в 5–10 % случаев заболевание начинается в возрасте до 40 лет; мужчины болеют в 1,5 раза чаще, чем женщины [3]. Заболевание встречается в среднем с частотой 100–150 случаев на 100 тыс. населения [2].

Фармакологическая коррекция болезни Паркинсона является актуальной проблемой современной медицинской практики, которая требует значительных финансовых затрат на лечение и реабилитацию больных.

Цель

Выявление зависимости стадии болезни Паркинсона по Хен и Яру от количества принимаемых групп противопаркинсонических препаратов (ППП).

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили истории болезни 50 пациентов в возрасте от 57 лет до 86 лет с болезнью Паркинсона, прикрепленных к ОБУЗ «КГБ № 2», город Курск, согласия пациентов на обработку персональных данных. Диагнозы заболевания всех пациентов были верифицированы клинически.

В ходе исследования тяжесть заболевания у испытуемых оценивалась по стадиям болезни Паркинсона по Хен и Яру [1]. Субъективная оценка состояния с последующей коррекцией лечения проводилась на основании динамики жалоб больных. Статистическая обработка данных проводилась методом описательной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

В данной выборке по гендерному распределению выявилось 27 мужчин (54 %) и 23 женщины (46 %). Дебют заболевания среди мужчин распределился от 43 лет до 82 лет. Наибольшее количество заболевших приходится на возрастные группы 60–69 лет (8 человек), что составило 30 % от общего числа мужчин, и 70–79 лет (9 человек), что составило 33 %; 19 % пришлось на мужчин в возрасте от 80 до 89 лет (5 человек). На возрастную группу 50–59 лет пришлось 3 человека и 2 человека на возрастную группу 40–49 лет, что составило 11 и 7 %, соответственно, от общего числа мужчин. Средний воз-