10. Кузьменко А.В. Комбинированная медикаментозная терапия больных с ДГПЖ / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Урология. – 2018. – № 1. – С. 48-52.
11. Кузьменко А.В. Хронобиологический статус больных с хроническим простатитом на фоне аденомы простаты / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, И.И. Баранников // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т.16. №3. – С. 513-316.
12. Шахтагинская Ф.Ч. Вирус папилломы человека. профилактика втч-ассоциированных заболеваний/Ф.Ч. Шахтагинская [и др.] // Педиатрическая фармакология. -2015. -№1. -С. 74-78.
13. Бабкина Н.А. Экспрессия протеина p16ink4a и определение днк вируса папилломы человека при различной степени эпителиальной дисплазии шейки матки /Н.А. Бабкина, И.Н. Коротких// Системный анализ и управление в биомедицинских системах, -2009, -№ 4, -С.72-75
14. Чирский, В.С. Степень повреждения цервикального эпителия и статус дезоксирибонуклеиновой кислоты вируса папилломы человека 16 генотипа / В.С. Чирский, В.А. Ершов, А.А. Вязовая, О.В. Нарвская // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. – № 3 (43). – С. 96-98.
15. Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий: актуальная проблема современной гинекологии и пути ее решения / И.А. Аполихина, Е.Д. Денисова// Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. -2007. -№ 6. -С. 70-75.

**Кузьменко А.В. Гяургиев Т.А., Баранников И.И., Лизнев А.Н., Корчагина Ю.Ю.
Оценка психоэмоционального и хронобиологического статуса больных с
хроническим бактериальным простатитом**

*ФГБОУ ВО "Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко" Минздрава России
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/lj-04-2018-117

idsp: 000001:lj-04-2018-117

Аннотация

В исследование было включено 60 человек. Все пациенты получали базовую антибактериальную, противовоспалительную терапию в течение 28 дней в сочетании с сеансами физиотерапии аппаратом МАВИТ. В ходе исследования все пациенты были рандомизированы на 2 группы для изучения влияния физиопроцедур на их организм в разные фазы хроноритма. Первой группе физиотерапия проводилась в батифазу хроноритма, во второй группе в акрофазу. Оценка хронобиологического статуса оценивалась в три визита: при первом визите, через две недели и через четыре недели. Все пациенты получали основную противовоспалительную и антибактериальную терапию в течение четырех недель. Затем был проведён сравнительный анализ среди результатов этих двух групп. Также анализ данных пациентов был проведен по их качеству жизни и психоэмоциональному статусу при помощи тестов SF-36, HDRS, HARS.

Ключевые слова. Хронический бактериальный простатит, десинхроноз, физиотерапия, хроноритмы, психоэмоциональный статус, стресс.

Введение. Хронический бактериальный простатит это одно из самых распространённых в мире заболеваний мужских половых органов [1]. Частота встречаемости данного заболевания среди мужчин в мире составляет 10% [1, 2].

Значимость бактериального простатита определяется не только болью и дискомфортом, но и резким снижением качества их жизни и он имеет очень важное социальное значение, так как данное заболевание развивается у мужчин в трудоспособном и сексуально-активном возрасте [3].

В связи с этим, лечение хронического бактериального простатита является актуальной задачей урологов [4]. Учитывая стремительное развитие методов диагностики и лечение бактериального простатита, добиться полного выздоровления пациента удаётся в 30% случаев, а это означает, что оставшиеся 70% могут рассчитывать лишь на более или менее длительную ремиссию заболевания [5]. В настоящее время лечение ХБП

заключается в антибактериальной терапии, но ее эффективность ежегодно снижается, что обусловлено растущей резистентностью микроорганизмов. Для повышения эффективности лечения пациентов с ХБП вместе с лекарственными средствами широко используются различные физиотерапевтические процедуры: термотерапия, лазеротерапия, электрофорез, магнитотерапия и др. [6].

Патологические процессы в организме сопровождаются десинхронозом [7-9]. Поэтому своевременная диагностика десинхроноза позволяет определить состояние функциональных резервов организма. Устранение десинхроноза у пациентов будет свидетельствовать о восстановлении организма, что говорит об улучшении состояния пациентов [10-11].

Цель исследования: Изучение психоэмоционального статуса у пациентов с хроническим бактериальным простатитом и эффективность лечения в различные фазы хроноритма и его влияние на изменение их качества жизни.

Материалы и методы работы. Нами произведено обследование 60 пациентов в возрасте от 20 до 50 лет с подтвержденным диагнозом: «Хронический бактериальный простатит и аденома простаты».

Критерии включения в исследование: пациенты с ХП и АПЖ, которым показано проведение ТУР простаты: суммарный балл IPSS более 20, объем остаточной мочи (Vom) не более ≤ 50 мл, максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) ≤ 14 мл/сек; объем предстательной железы (Vпж) не более 80 см³, возраст не старше 50 лет, ПСА не более 2,0 нг/мл, отсутствие ЗППП, бактериальный характер воспаления (микробное число $>10^4$ КОЕ/мл).

Критерии исключения: конкременты мочевого пузыря, гематурия, подозрение на рак простаты, отягощенный аллергический анамнез, наличие задержек мочеиспускания и оперативных пособий на органах малого таза.

Методом случайной выборки пациенты распределены на 2 группы по 30 человек.

Группу 1 составили больные ХП и АПЖ получавшие базовую терапию в течение 28 дней, но в сочетании с сеансами физиотерапии аппаратом МАВИТ, которые проводились в батифазу хроноритма. Регистрация хроноритма осуществлялась ежедневно в 8.00, после чего определялось время, соответствующее максимальному спаду хронобиологической активности организма пациентов (батифаза хроноритма).

В группу 2 входили больные ХП и АПЖ получавшие базовую терапию в сочетании с сеансами физиотерапии аппаратом МАВИТ® (УЛП-01-«ЕЛАТ»), которые проводились в акрофазу хроноритма. Регистрация хроноритма также осуществлялась ежедневно в 8.00, после чего определялось время, соответствующее максимальному пику хронобиологической активности организма пациентов (акрофаза хроноритма).

Больным проводилась оценка психоэмоционального состояния с использованием шкал Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), тревоги (HARS) и шкалы оценки качества жизни SF-36. Кроме того, производился анализ хронобиологического статуса пациентов, в ходе которого выявлялись признаки десинхроноза. Обследования проводились в ходе 4-х визитов: при обращении (визит 1), через две недели (визит 2) и через 4 недели (визит 3).

Результаты. При изучении психоэмоционального статуса больных по данным опросника HDRS в группе 1 средний балл составил $11,4 \pm 2,9$, а в группе 2 - $11,9 \pm 3,0$, что соответствовало депрессии легкой и средней степени тяжести. По результатам заполнения опросника HARS, у всех пациентов были выявлены симптомы тревоги, средний балл в группах 1 и 2 составил $8,6 \pm 1,9$ и $8,7 \pm 0,9$ соответственно.

По данным опросника SF 36 в обеих группах было отмечено снижение качества жизни. В группе 1 показатель физического компонента здоровья в среднем составил 37%

$\pm 6,3$, а психического - $29\% \pm 4,1$. В группе 2 среднее значение показателей физического и психического компонентов здоровья были равны $39\% \pm 5,2$ и $32\% \pm 4,7$ соответственно.

Исходно у всех мужчин с ХП и АПЖ были выявлены признаки десинхроноза. При анализе хронограмм установлено, что в обеих группах кривые хроноритмов располагались в третьей зоне.

Ко второму визиту была отмечена более выраженная положительная динамика в группе 2. Среднее значение физического компонента по шкале Sf-36 в группе 1 составило $44\% \pm 4,9$, психического - $33\% \pm 4,2$. Тогда как, в группе 2 указанные значения составили $48\% \pm 3,8$ и $37\% \pm 3,3$ соответственно.

Показатели по шкале HDRS в группе 1 составили $10,3 \pm 3,6$, а в группе 2 - $7,0 \pm 3,0$. По шкале HARS у пациентов группы 1 средний балл составил - $8,2 \pm 1,3$, в группе 2 - $7,0 \pm 1,2$.

В группе 1 у 7 (23,3 %) мужчин была отмечена нормализация хроноритмов, кривые располагались в первой зоне. У 15 (50%) и 8 (26,6%) графики хроноритмов располагались во второй и в третьей зонах соответственно. В группе 2 десинхроноз отсутствовал в 15 (50 %) случаев. У 10 (33,3 %) пациентов хронограммы располагались во второй зоне, у 5 (16,6%) – в третьей.

На третьем визите результаты опросников двух групп были в пределах нормы.

При регистрации хроноритмов на третьем визите у всех пациентов группы 2 хронограммы были расположены в первой зоне, десинхроноз отсутствовал, тогда как в группе сравнения десинхроноз сохранялся в 3 (10 %) случаях, хронограммы были расположены во второй зоне.

Заключение. По данным опросников было выявлено, что у всех больных с хроническим бактериальным простатитом наблюдаются симптомы тревоги и депрессии легкой и средней степени тяжести, а также снижение качества жизни. При регистрации хронобиологических ритмов у всех пациентов был выявлен десинхроноз. Применение аппарата МАВИТ® в акрофазу хроноритма у пациентов с ХБП позволяет на 30% эффективнее нормализовать психоэмоциональное состояние и хронобиологические ритмы, а также улучшить качество жизни данной категории больных.

1. Глыбочко П.В. Практическая урология / под ред. П.В. Глыбочко, Ю.Г. Аляева. М.: ИД «Медфорум», – 2012. – 352 с.
2. Лоран О.Б. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: принципы консервативного лечения / О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкар, П.И. Раснер // Consilium-medicum. – 2001. – Т. 3. №7. – С. 23-28
3. Коган М.И. Этиологическая структура и антибиотикочувствительность микроорганизмов, выделенных при хроническом бактериальном простатите / М.И. Коган, Х.С. Ибишев, Ю.Л. Набока // Consilium medicum. – 2010. – № 7. – С. 5–7.
4. Неймарк А.И. Характеристика грамположительных микроорганизмов, выделенных при хроническом бактериальном простатите / А.И. Неймарк, Р.Т. Алиев, Б.А. Неймарк, В.А. Юрова // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. – 2010. – № 5. – С. 73–77.
5. Кузьменко А.В. Хронобиологический статус больных с хроническим простатитом на фоне аденомы простаты / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев, И.И. Баранников // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т.16. №3. – С. 513-516.
6. Кузьменко А.В. Комбинированная медикаментозная терапия больных с ДГПЖ / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Урология. – 2018. – № 1. – С. 48-52.
7. Гяургиев Т.А. Лечение больных с хроническим рецидивирующим циститом в стадии обострения в комплексе с фототерапией с использованием аппарата «Светозар»/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, В.М. Вахтель, П.А. Лукьянович// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014 - Т13, №4 – С. 821-824.
8. Гяургиев Т.А. Морфометрический анализ эффективности хронотерапии и фототерапии в лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, А.Л. Лавренов// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015 – Т14, №3 – С. 477-481.

9. Гяургиев Т.А. Оценка эффективности хронотерапии и фототерапии в комплексном лечении больных хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ Т.А. Гяургиев, А.В. Кузьменко, Ж.В. Власова, М.Н. Химичева// Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2015. - №3. – Т 14. – С. 422 – 425.
10. Кузьменко А.В. Результаты применения фототерапии и хронотерапии в лечении женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом в стадии обострения/ А.В. Кузьменко [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. -2016 - Т15, № 4. - С. 614-619.
11. Кузьменко А.В. Хронобиологический подход к терапии хронического рецидивирующего бактериального цистита в стадии обострения / А.В. Кузьменко, В.В. Кузьменко, Т.А. Гяургиев // Урология. – 2017. – №2. – С. 60-65.

Михайленко К.А., Улитина Н.Н., Федичева Н.А.

Особенности изменения биохимических показателей больных хроническим холециститом

*Кубанский государственный университет
(Россия, Краснодар)*

doi:10.18411/lj-04-2018-118

idsp: 000001:lj-04-2018-118

Аннотация

В данной статье представлен анализ изменения биохимических показателей сыворотки крови больных хроническим калькулезным и бескаменным холециститом. Отмечены характерные особенности белкового профиля (изменение уровня общего белка, глобулина), ферментов (АСТ, АЛТ, ЩФ), показателей пигментного обмена и С-реактивный белок при патологии.

Ключевые слова: хронический холецистит, хронический бескаменный холецистит, хронический калькулезный холецистит, биохимические показатели.

Abstract

This article presents an analysis of changes in biochemical parameters of blood serum in patients with chronic calculous cholecystitis and chronic acalculous cholecystitis. The characteristic features of the protein profile (change in the level of total protein, globulin), enzymes (ALT, AST, ACF), indicators of pigment metabolism and C-reactive protein in the pathology were revealed.

Keywords: chronic cholecystitis, chronic acalculous cholecystitis, chronic calculous cholecystitis, biochemical parameters.

Хронический холецистит представляет собой полиэтиологический хронический процесс, связанный с воспалительно-рубцовыми изменениями стенок желчного пузыря. Развивается постепенно и лишь изредка как исход острого холецистита [9]. При наличии образовавшегося конкремента говорят о хроническом калькулезном холецистите (ХКХ), при отсутствии – о хроническом бескаменном холецистите (ХБХ). В первом случае к общему воспалительно-рубцовому процессу присоединяются побочные очаги воспаления в результате воздействия в качестве механического фактора повреждения миграции камней. Однако внешняя клиническая картина остается практически неразличима для обеих форм.

По данным ряда авторов частота встречаемости патологии крайне высока. Около 20-25% всего взрослого населения развитых стран сталкивалось с проблемой хронического холецистита, часто осложненного, не имеющего в 77,17% случаев специфических высокочувствительных симптомов до начала фазы обострения, требующей немедленной госпитализации пациента и последующего хирургического вмешательства, 3,2% из которых характеризуются неблагоприятным исходом с получением инвалидности пациентом, поэтому поиск новых подходов в выявлении