

11. Kiaer T, Dahl B, Lausten GS. The relationship between inert gas wash-out and radioactive tracer microspheres in measurement of bone blood flow: effect of decreased arterial supply and venous congestion on bone blood flow in an animal model. *J Orthop Res.* 1993; 11(1): 28-35.
12. Felson DT, McLaughlin S, Goggins J, et al. Bone marrow edema and its relation to progression of knee osteoarthritis. *Ann Intern Med.* 2003; 139 (5 Pt 1): 330-336.
13. Mazurov VI, Stolov SV, Jakusheva VA, et al. Kardiovaskuljarnye problemy v revmatologii [Cardiovascular problems in rheumatology]. *Nauchno-prakticheskaja revmatologija [Scientific and practical rheumatology].* 2006; 4: 28—34.
14. Bomfim GF, Rodrigues FL, Carneiro FS. Are the innate and adaptive immune systems setting hypertension on fire? *Pharmacol Res.* 2017; 117: 377-393.
15. Haara MM, Manninen P, Kröger H, et al. Osteoarthritis of finger joints in Finns aged 30 or over: prevalence, determinants, and association with mortality. *Ann Rheum Dis.* 2003; 62 (2): 151-158.
16. Singh G, Miller JD, Lee FH, Pettitt D, Russell MW. Prevalence of cardiovascular disease risk factors among US adults with self-reported osteoarthritis: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Manag Care.* 2002; 8 (15 Suppl): 383-391.
17. Yoshimura N, Muraki S, Oka H, et al. Accumulation of metabolic risk factors such as overweight, hypertension, dyslipidaemia, and impaired glucose tolerance raises the risk of occurrence and progression of knee osteoarthritis: a 3-year follow-up of the ROAD study. *Osteoarthritis Cartilage.* 2012; 20(11): 1217-1226.
18. Wang L, Fritton SP, Weinbaum S, Cowin SC. On bone adaptation due to venous stasis. *J Biomech.* 2003; 36 (10): 1439-1451.
19. Malinin T, Ouellette EA. Articular cartilage nutrition is mediated by subchondral bone: a long-term autograft study in baboons. *Osteoarthritis Cartilage.* 2000; 8 (6): 483-491.
20. Hamilton JL, Nagao M, Levine BR, Chen D, Olsen BR, Im HJ. Targeting VEGF and Its Receptors for the Treatment of Osteoarthritis and Associated Pain. *J Bone Miner Res.* 2016; 31 (5): 911-924.
21. Yi J, Zhu Y, Jia Y, et al. The Annexin a2 Promotes Development in Arthritis through Neovascularization by Amplification Hedgehog Pathway. *PLoS One.* 2016; 11 (3): 150363.
22. Coutaux A, Adam F, Willer JC et al. Hyperalgesia and allodynia: peripheral mechanisms. *Joint Bone Spine.* 2005; 72 (5): 359-371.

© М.Н. Климентов, Д.С. Луппов, Э.Р. Махмутова, 2017

УДК 616.33/.34-005.1-02

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(3).15-18

ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

КЛИМЕНТОВ МИХАИЛ НИКОЛАЕВИЧ, канд. мед. наук, доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. +7-906-816-35-74, e-mail: klimentov52@mail.ru

ЛУППОВ ДМИТРИЙ СТЕПАНОВИЧ, студент IV курса ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрав России, Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. +7-982-118-82-25, e-mail: dimon4ikmen@gmail.com

МАХМУТОВА ЭЛИАНА РУСЛАНОВНА, студентка IV курса ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Россия, 426034, Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. +7-912-877-02-45, e-mail: elina.2208@yandex.ru

Реферат. Цель исследования — провести ретроспективный анализ историй болезни пациентов с желудочно-кишечным кровотечением и сравнить причины кишечных кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в разные годы. **Материал и методы.** Изучение историй болезни пациентов, находящихся на лечении в колопроктологическом отделении на базе Первой республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Удмуртской Республики в 1995 и 2015 гг., с кровотечениями из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. **Результаты и их обсуждение.** Желудочно-кишечное кровотечение, вызванное приемом лекарственных средств, влияющих на систему гемостаза, составляет почти треть от общего числа пациентов, а это, в свою очередь, доказывает, что длительное употребление нестероидных противовоспалительных препаратов и антикоагулянтов смело можно считать одним из важнейших факторов в развитии желудочно-кишечных кровотечений. Одним из факторов более частого развития постгеморрагической анемии также является прием нестероидных противовоспалительных препаратов и антикоагулянтов, так как при приеме этих лекарственных средств нарушается система гемостаза, а самопроизвольная остановка кровотечений происходит значительно позже. **Выводы.** За прошедшие два десятилетия количество пациентов, госпитализированных с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта», увеличилось в 2,8 раза. Одним из главных факторов роста желудочно-кишечных кровотечений является прием нестероидных противовоспалительных препаратов и антиагрегантов. При назначении нестероидных противовоспалительных препаратов и антикоагулянтов, даже если планируется кратковременное применение препаратов в низких дозах, выбор должен осуществляться индивидуально, исходя из фармакологических особенностей препарата, клинической ситуации и наличия факторов риска появления нежелательных эффектов.

Ключевые слова: кровотечение, желудочно-кишечный тракт, нестероидные противовоспалительные препараты, антикоагулянты.

Для ссылки: Климентов, М.Н. Причины кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта / М.Н. Климентов, Д.С. Луппов, Э.Р. Махмутова // Вестник современной клинической медицины. — 2017. — Т. 10, вып. 3. — С. 15—18. DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(3).15-18.

THE CAUSES OF LOWER GASTROINTESTINAL HEMORRHAGE

KLIMENTOV MIKHAIL N., *C. Med. Sci., associate professor of the Department of surgery of Izhevsk State Medical Academy, Russia, 426034, Izhevsk, Kommunar str., 281, tel. +7-906-816-35-74, e-mail: klimentov52@mail.ru*

LUPPOV DMITRY S., *4th year student of Izhevsk State Medical Academy, Russia, 426034, Izhevsk, Kommunar str., 281, tel. +7-982-118-82-25, e-mail: dimon4ikmen@gmail.com*

MAKHMUTOVA ELIANA R., *4th year student of Izhevsk State Medical Academy, Russia, 426034, Izhevsk, Kommunar str., 281, tel. +7-912-877-02-45, e-mail: elina.2208@yandex.ru*

Abstract. Aim. Retrospective analysis of the medical records of the patients with gastrointestinal hemorrhage was performed. The causes of the lower gastrointestinal hemorrhage in different years were compared. **Material and methods.** The medical records of the patients with the lower gastrointestinal hemorrhage hospitalized in coloproctology department at the first Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of Udmurtia in 1995 and 2015 were studied. **Results and discussion.** Gastrointestinal hemorrhage caused by the intake of medications affecting hemostasis is seen in a third of the total number of patients. This fact proves that longitudinal non-steroidal anti-inflammatory medication or anticoagulant intake is thought to be one of the main reasons for gastrointestinal hemorrhage development. One of the reasons for more frequent post hemorrhagic disease development is the use of non-steroidal anti-inflammatory medications and anticoagulants as a result of haemostatic system disruption. In these persons spontaneous arrest of bleeding occurs much later. **Conclusion.** For the last 2 decades the number of hospitalized patients diagnosed with lower gastrointestinal hemorrhage has increased in 2,8 times. One of the main reasons for the rise in gastrointestinal hemorrhage cases is the use of non-steroidal anti-inflammatory and anti-aggregate medications. When prescribing non-steroidal anti-inflammatory medications and anticoagulants, even in case of a short-term use in low doses, the drug choice has to be individual based on pharmacological features of the medication, on the clinical situation and on the risk factors of adverse effects.

Key words: hemorrhage, gastrointestinal tract, non-steroidal anti-inflammatory drugs, anticoagulants.

For reference: Klimentov MN, Luppov DS, Makhmutova ER. The causes of lower gastrointestinal hemorrhage. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2017; 10 (3): 15—18. **DOI:** 10.20969/VSKM.2017.10(3).15-18.

Введение. Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) — одна из наиболее частых причин экстренной госпитализации в стационары хирургического профиля. Заболеваний, проявляющихся выделением крови из прямой кишки, насчитывается около 100. В крупных городах, там, где имеются центры специализированной хирургической помощи, потоки больных с ЖКК могут быть разделены. Так, в г. Ижевске пациенты с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) госпитализируются в дежурную хирургическую клинику, а с кровотечением из нижних отделов — в колопроктологическое отделение.

Цель работы — провести ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ЖКК и сравнить причины кишечных кровотечений из нижних отделов желудочно-кишечного тракта в разные годы.

Материал и методы. Изучение историй болезни пациентов, находящихся на лечении в колопроктологическом отделении на базе БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» в 1995 и 2015 гг., с кровотечениями из нижних отделов ЖКТ. При статистическом исследовании пациентов с диагнозом ЖКК за 1995 и 2015 гг. был поставлен вопрос: является ли увеличение потребления нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и дезагрегантов и увеличение частоты встречаемости случаев ЖКК при госпитализации статистически достоверными? Для оценки достоверности был использован расчет *t*-критерия Стьюдента. В результате были получены данные, что различия недостоверны (*t* = 0,4). Это говорит о том, что частота встречаемости ЖКК связана не только с приемом НПВП и антикоагулянтов, но и с другими факторами, значимость которых ничуть не меньше.

Результаты и их обсуждение. Сравнивая показатели за 1995 и 2015 гг., мы выяснили, что в 1995 г. с

диагнозом ЖКК в проктологическом отделении 1РКБ находилось 28 человек, из них 5 (17,8%) женщин и 23 (82,2%) мужчины. Средний возраст пациентов составил (48,9±15,1) года, причем среди мужчин средний возраст составил (45,9±12,3) года, а среди женщин — (63±18,8) года. В 2015 г. в проктологическом отделении 1РКБ с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение» находилось 78 человек, из них 53 (67,9%) женщины и 25 (32,1%) мужчин. Средний возраст пациентов составил (66,8±14,8) года, причем среди мужчин средний возраст составил (64,4±13,6) года, а среди женщин — (68,0±15,2) года.

За прошедшее двадцатилетие количество госпитализированных пациентов с диагнозом ЖКК увеличилось в 2,8 раза, причем количество госпитализированных мужчин выросло незначительно (23 человека в 1995 г. и 25 — в 2015 г.), а количество госпитализированных женщин возросло (5 пациенток в 1995 г. и 53 — в 2015 г.). Из этих показателей можно сделать вывод, что основной прирост пациентов произошел за счет женского пола.

Средний возраст пациентов в 1995 г. составил (48,9±15,1) года, а в 2015 г. — (66,8±14,8) года. Таким образом, мы видим, что заболевание «стареет», и на данный момент кровотечение из нижних отделов ЖКТ чаще возникает у лица пожилого возраста.

Причины ЖКК, выявленные при обследовании больных в 1995 и 2015 гг., приведены в *табл. 1*.

Несмотря на рост ЖКК, частота встречаемости геморроидального кровотечения как осложнения геморроя не изменилась (18 пациентов в 1995 г. и 18 — в 2015 г.). Но если в 1995 г. геморрой был на 1-м месте по причинам развития кровотечения, то в 2015 г. 1-е место как причина кровотечения стала дивертикулярная болезнь ободочной кишки (24 больных). Интересен факт, что ни одного случая дивертикулярной болезни ободочной кишки, ослож-

Заболевания толстой кишки, проявляющиеся кровотечением из анального канала

Заболевание	1995 г.		2015 г.	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Геморроидальное кровотечение	18	64,2	18	23,0
Язвенный колит	4	14,3	—	—
Болезнь Крона	2	7,1	—	—
Эрозивный проктит	1	3,6	3	3,8
Лучевой проктит	1	3,6	1	1,3
Рак прямой и сигмовидной кишок	1	3,6	9	11,5
ЖКК невыясненного генеза	1	3,6	16	20,5
Дивертикулярная болезнь ободочной кишки	—	—	24	30,8
Ишемический колит	—	—	2	2,6
Осложнение медицинских манипуляций	—	—	2	2,6
Травма прямой кишки	—	—	1	1,3
Токсический колит	—	—	1	1,3
Язва 12-перстной кишки, кровотечение	—	—	1	1,3
<i>Всего</i>	28	100	78	100

нившейся кровотечением, в 1995 г. не было. Также хотелось бы обратить внимание на увеличение пациентов с раком толстой кишки, осложненного кровотечением (1 случай в 1995 г., 9 случаев в 2015 г.). Данный показатель очень настораживает, так как все больные были с первично выявленным раком, и подтверждает статистические данные об увеличении заболеваемости раком прямой и ободочной кишок.

Также хочется отметить рост случаев ЖКК с невыясненной этиологией (1 пациент в 1995 г. и 16 случаев в 2015 г.). О желудочно-кишечном кровотечении неясной этиологии говорят, когда причину такого кровотечения не удается установить при эндоскопическом исследовании верхних и нижних отделов ЖКТ и отсутствуют технические возможности осмотра тонкой кишки, а другие методы (компьютерная томография, ангиография) при состоявшемся кровотечении не дают ответа на вопрос об источнике кровотечения.

Одним из факторов развития ЖКК является прием НПВП и антикоагулянтов (табл. 2). Благодаря широкому спектру показаний НПВП стали популярным классом лекарственных средств и на сегодняшний день являются лидерами по продажам в аптечной сети [1]. По данным проведенного в Европе опроса, НПВП назначают 82% врачей общей практики и 84% ревматологов. В России в 2007 г.

было продано 105,8 млн упаковок НПВП. Самостоятельное употребление НПВП пациентами в 7 раз превышает объем врачебных назначений. С учетом масштаба применения НПВП вопросы их эффективного использования и безопасности данной терапии чрезвычайно актуальны. По данным исследований длительное употребление НПВП более чем в 2 раза увеличивает риск ЖКК, а прием антикоагулянтов — в 1,8 раза [2].

В анализируемых историях болезни длительное употребление НПВП указали 14 человек в 2015 г., тогда как в 1995 г. таких пациентов не было.

При ишемической болезни сердца (ИБС) одним из компонентов стандартной терапии является длительное употребление дезагрегантов. Если в 1995 г. в стационаре с толстокишечным кровотечением и сопутствующей ИБС находился только 1 пациент, принимающий дезагреганты, то в 2015 г. было уже 10 пациентов. Общее количество пациентов, принимающих НПВП и дезагреганты, в 2015 г. составило 24, т.е. 30,7% от всех госпитализированных с кишечным кровотечением, в 1995 г. — 3,6%.

Таким образом, желудочно-кишечное кровотечение, вызванное приемом лекарственных средств, влияющих на систему гемостаза, составляет почти треть от общего числа пациентов, а это, в свою очередь, доказывает, что длительное употребление

Таблица 2

Прием НПВП и дезагрегантов пациентами с толстокишечным кровотечением

Заболевание	Количество пациентов с кровотечением, чел.	Принимали НПВП и дезагреганты, чел.	%
Дивертикулярная болезнь ободочной кишки	24	11	45,8
ЖКК невыясненного генеза	16	7	29,1
Геморроидальное кровотечение	18	4	16,6
Ишемический колит	2	1	4,25
Трансректальная пункционная биопсия простаты	2	1	4,25
<i>Всего</i>	62	24	100

НПВП и антикоагулянтов смело можно считать одним из важнейших факторов в развитии ЖКК.

Одним из осложнений ЖКК является развитие постгеморрагической анемии [3]. В 1995 г. кровотечение осложнилось постгеморрагической анемией у 6 (21,4%) пациентов, а в 2015 г. — у 35 (44,8%). Считаем, что одним из факторов более частого развития постгеморрагической анемии также является прием НПВП и антикоагулянтов, так как при приеме этих лекарственных средств нарушается система гемостаза, а самопроизвольная остановка кровотечений происходит значительно позже.

Выводы:

1. За прошедшее два десятилетия количество госпитализированных пациентов с диагнозом ЖКК из нижних отделов ЖКТ увеличилось в 2,8 раза.

2. Одним из главных факторов роста ЖКК является прием НПВП и антиагрегантов.

3. При назначении НПВП и антикоагулянтов, даже если планируется кратковременное применение препаратов в низких дозах, выбор должен осуществляться индивидуально, исходя из фармакологических особенностей препарата, клинической ситуации и наличия факторов риска появления нежелательных эффектов. Пациенту также должна быть предоставлена необходимая информация о возможных осложнениях и, в первую очередь, угрозы желудочно-кишечного кровотечения.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в

написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков, В.С. Фармакотерапия и стандарты лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы: руководство для врачей / В.С. Волков. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. — 360 с.
2. Каратеев, А.Е. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации / А.Е. Каратаев, Н.Н. Яхно. — М.: ИМА-Пресс, 2009. — 167 с.
3. Шилов, А.М. Ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечные кровотечения и железодефицитная анемия: принципы диагностики и лечения / А.М. Шилов, А.О. Осия // Лечащий врач. — 2012. — вып. 5. — 9 с. — URL: <https://www.lvrach.ru/2012/05/15435432/>

REFERENCES

1. Volkov VS. Farmakoterapiya i standarty lecheniya serdechno-sosudistoy sistemy: rukovodstvo dlya vrachey [Pharmacotherapy and standards for the treatment of diseases of cardiovascular system: a guide for doctors]. Moskva: ООО «Medicinskoe informacionnoe agentstvo» [Moscow: LLC «Medical News Agency»]. 2010; 360 p.
2. Karateev AE, Yakhno NN. Primeneniye nesteroidnykh protivovospalitel'nykh preparatov: klinicheskiye rekomendatsii [Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: clinical recommendations]. Moskva [Moscow]: IMA-Press. 2009; 167 p.
3. Shilov AM, Hosea AO. Ishemicheskaya bolezni' serdtsa, zheludochno-kishechnyye krvotecheniya i zhelezodefitsitnaya anemiya: printsipy diagnostiki i lecheniya [Coronary heart disease, gastrointestinal haemorrhage and iron deficiency anemia: principles of diagnosis and treatment]. Lechashhij vrach [The attending physician]. 2012; 5: 9: <https://www.lvrach.ru/2012/05/15435432/>

© А.М. Кулбаисов, Т.В. Полумордвинцева, А.В. Жестков, 2017

УДК 616.248-085.2/.3

DOI: 10.20969/VSKM.2017.10(3).18-23

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ: ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

КУЛБАИСОВ АМЫРЖАН МАГАЖАНОВИЧ, канд. мед. наук, главный внештатный пульмонолог Минздрава Оренбургской области, зав. пульмонологическим отделением ГАУЗ «Оренбургская ОКБ № 2», Россия, 460018, Оренбург, ул. Невельская, 24, тел. 8-903-360-89-74, e-mail: kul60@yandex.ru

ПОЛУМОРДВИНЦЕВА ТАТЬЯНА ВИКТОРОВНА, врач-пульмонолог пульмонологического отделения ГАУЗ «Оренбургская ОКБ № 2», Россия, 460018, Оренбург, ул. Невельская, 24

ЖЕСТКОВ АЛЕКСАНДР ВИКТОРОВИЧ, ORCID ID: orcid.org/0000-0002-3960-830X, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой общей и клинической микробиологии, иммунологии и аллергологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, Россия, 443099, Самара, ул. Чапаевская, 89, тел. 8-846-260-33-61, e-mail: avzhestkov2015@yandex.ru

Реферат. Цель — провести ретроспективный анализ медикаментозной терапии больных бронхиальной астмой в Оренбургской области за 2014 г. **Материал и методы.** Материалом для анализа явилась сводная таблица за 2014 г. (в формате Excel) Управления фармацевтической деятельностью Минздрава Оренбургской области, содержащая персонифицированные характеристики больных бронхиальной астмой, сформированная по данным заявок из медицинских организаций. Анализ терапии проводился в соответствии с объемом отпущенных лекарственных средств, современным принципам фармакотерапии больных бронхиальной астмой, с учетом их степени тяжести и уровня контроля. **Результаты и их обсуждение.** Проведен анализ фармакотерапии 7373 пациентов с бронхиальной астмой, что составило 72% от числа диспансерных больных. В структуре отпущенных лекарственных средств на 1-м месте стоят препараты базисной терапии — 49%. Препараты скорой помощи заняли второе место (38,6%) от общего числа лекарственных средств. Препараты по сопутствующим заболеваниям составили 12,4%. Наряду с недостаточным количеством препаратов для базисной терапии выявлена тенденция к назначению высоких доз лекарственных