

рекомендуется для профилактики и лечения сахарного диабета, атеросклероза, отдельных видов онкологической патологии, ожирения, мочекаменной болезни, малокровия, желудочно-кишечных расстройств, а также замедления процессов раннего старения. Является природным источником высоко активных антиоксидантов, синергическое действие которых хорошо известно.

При проведении открытых испытаний на добровольцах – лицах пожилого возраста и с сердечно-сосудистой патологией, нарушениями обмена веществ было установлено, что уже месячный прием «Молодита-SH1» сопровождался улучшением общего самочувствия, тонуса, уменьшением клинических проявлений атеросклероза, нарушений углеводного обмена. Со стороны клинко-лабораторных

показателей отмечалась положительная динамика в отношении гемодинамических и функциональных показателей, исходно высоких уровней в сыворотках к крови сахара, общего холестерина и триглицеридов, существенно корригировались изменения общего анализа крови, особенно в части признаков железодефицитной анемии, лейко- и лимфопении.

Полученные предварительные данные, а также теоретическая обоснованность биологических свойств компонентов, входящих в состав разработанной биологически активной добавки к пище, свидетельствуют о перспективности ее применения в качестве профилактического и дополнительного лечебного средства у людей в пожилом и старческом возрасте.

Нутритивная поддержка стандартного протокола лечения больных стабильной стенокардией с помощью «Трансфер Фактора Кардио»

Цой И.Г., Крайсман В.А.

Казахская академия питания, ТОО «Медицинский центр Нур Авиценум», г. Талдыкорган

Как известно, диетотерапия при атеросклерозе не в состоянии обеспечить значительно повышенных потребности организма больных в витаминах, микроэлементах и других биологически активных соединениях, обладающих кариотропным действием. В этих целях нами была использована биологически активная добавка к пище Трансфер фактор кардиоТМ, производства фирмы «4Life Research» (США) (Патент США № 646853). Основу препарата составляют низкомолекулярные пептиды, выделенные из желтка куриного яйца, обладающие универсальными иммунокорректирующими и антиоксидантными свойствами. Дополнительно в состав препарата введены витамины А, С, Е, В6, ниацин, фолат, В12, магний, цинк, селен, медь, калий и кофермент Q10, необходимые для обеспечения нормального функционирования органов системы кровообращения. Кроме того, кардио- и сосудотропные свойства биологически активной добавки к пище были усилены включением в рецептуру таких растительных компонентов, как Гинкго билоба, боярышника, чеснока, экстракта риса на красных дрожжах, ресверитрола и имбирного масла. Гинкго билоба является источником гинголидов и билобалидов, ингибирующих фактор активации тромбоцитов; иглица шиповатая содержит сапонины и рускогенины, укрепляющие венозные и капиллярные стенки, уменьшающие процесс тромбообразования; расвератрол, присутствующий в больших количествах в экстрактах виноградной выжимки, обладает выраженными антиоксидантными, ингибирующими агрегацию тромбоцитов, увеличивающими количество ЛПВП и продукцию окиси азота свойствами.

Опытная группа пациентов - пожилого возраста со стабильной стенокардией дополнительно к базисной терапии получала Трансфер фактор кардио по 1 капсуле (478 мг) три раза в день за 20 минут до приема пищи в течение 30 дней. Группа сравнения получала поливитаминный препарат в стандартной дозировке.

После месячного применения метода нутритивной поддержки доля пациентов стабильной стенокардией, предъявлявших жалобы на нарушения ритма сердечной деятельности, снизилась в 3,2 раза, тогда как в сравняемой лечебной подгруппе – только в 1,7 раза. По динамике частоты одышки при физической нагрузке соответствующее соотношение между показателями лечебных подгрупп составило в 5,1 и 2,9 раза, а по наличию отеков нижних конечностей – в 3,1 и 1,5 раза соответственно.

По степени снижения исходно повышенных отдельных показателей гемодинамики также был установлен более выраженный положительный эффект в опытной подгруппе больных. Так, уровень систолического артериального давления в случае применения предложенного метода достоверно снизился на 28,7%, тогда как в контрольной подгруппе – на 16,5%. Аналогичные отличия были установлены и по интенсивности уменьшения диастолического артериального давления: на 31,5 и 16,4% от исходно повышенного уровня соответственно, а также по частоте сердечных сокращений (16,9% и 6,6%) и общей периферической сопротивляемости сосудов (26,7% и 15,3%). В опытной группе регистрировалось достоверно большее, чем в контрольной, снижение исходно повышенного уровня общего холестерина, когда верхних нормативных границ достигали показатели в 88,3 % случаев, тогда как в сравняемой лечебной подгруппе – у 68,5 % больных. Аналогичное соотношение отмечалось и по динамике средних значений уровня триглицеридов (ТГ) сыворотки крови: 83,7 % и 53,5 % соответственно в опытной и контрольной подгруппах. Со стороны измененных уровней основных классов иммуноглобулинов, про- и противовоспалительных цитокинов также был установлен более выраженный эффект на фоне примененного метода нутритивной поддержки с помощью Трансфер фактора кардио.

Дефицит кальция и витамина D в пожилом возрасте: чему нас учит доказательная медицина (тезисы доклада)

Шилин Д.Е., профессор

Московский государственный медико-стоматологический университет (Россия)

Кафедра репродуктивной медицины и хирургии ФПДО

В пожилом возрасте существенное повышение физиологической потребности в кальции (Ca – до 1500мг в сутки) и витамине D (D – не менее 800ЕД) является закономерным результатом возрастной перестройки в метаболизме обоих нутриентов. Так, по мере старения

для витамин D-гормональной системы характерно снижение: 1) кожного фотосинтеза хелекальциферола, 2) уровня 1 α -гидроксилазы и, следовательно, биологической трансформации витамина D в кальцидиол и 3) чувствительности рецепторов к гормонально-активной форме

витамина D к кальцитриолу. Этот каскад событий ведёт, в итоге, к дефициту сырья (особенно в широтах севернее 35°), падению его дальнейшей активации и угнетению всех периферических эффектов витамина D. Возрастные ограничения обмена Са: 1) сокращение пищевого потребления минерала на фоне нарастающей частоты лактазной недостаточности, ограничивающей молочный рацион, 2) снижение биодоступности Са из-за уменьшения его кишечной абсорбции в условиях низкой желудочной секреции при типичных у пожилых гипо-/анацидных гастритах, 3) увеличение костных потерь Са по причине прекращения остеоанаболической протекции половых гормонов как у женщин – примерно с 50 лет, так и у мужчин, в среднем, пятнадцатью годами позже.

Синхронное ухудшение параметров метаболизма как минерала, так и витамина-гормона служит основной патогенетической предпосылкой для нарастания с возрастом

патологии не только костной (демнерализация скелета → остеопоротические переломы), мышечной (синдром саркопении → спонтанные падения), но и массы других функциональных систем, в регуляции которых установлены специфические эффекты витамина D и Са. В начале XXI века особо пристальное внимание геронтологов привлечено к роли возрастного дефицита Са и витамина D в патогенезе всех компонентов метаболического синдрома и инсулинорезистентности – сахарного диабета типа 2, гиперлипидемии, артериальной гипертензии и пр., кардиоваскулярной летальности, а также онкологических и нейро-дегенеративных заболеваний. Поэтому многочисленные сведения доказательной медицины надёжно аргументировали важность длительной многоцелевой профилактики у пожилых комбинированными препаратами Са и витамина D в дозах не менее Са 1000мг и витамина D 700-800МЕ.

Особенности планирования дентальной имплантации у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа

Шукпаров А.Б.

Южно-казахстанская государственная медицинская академия МЗ РК, г. Шымкент.

Основанная на концепции остеоинтеграции, предложенной P.I.Branemark (1969) дентальная имплантация позволяет создать надёжную и относительно долговременную опору для различных конструкций зубных протезов. Ослабление регенеративной способности костной и соединительной ткани, выявляемое у больных СД 2-го типа, может приводить к замедлению процессов заживления ран в послеоперационном периоде. Существует доказанная взаимосвязь между плохо контролируемым СД 2-го типа и механизмами поражения тканей пародонта, губчатой и компактной костной ткани. Успех дентальной имплантации связан с процессами адекватного приживления и остеоинтеграции импланта в костное ложе. Целью настоящего исследования стало выяснение особенностей течения остеоинтегративных процессов у больных СД 2-го типа, выявление и оценка цитологических и иммунологических критериев репаративной регенерации, которые позволят усовершенствовать известные стандарты планирования внутрикостной дентальной имплантации.

Материал и методы. Обследовали 35 пациентов обоего пола в возрасте от 45-65 лет (средний возраст – 50±3 года) с генерализованным пародонитом в стадии ремиссии в сочетании с СД 2-го типа. С целью ортопедической реабилитации всем больным были установлены внутрикостные двухэтапные имплантаты системы Bio Horizont (США). Цитологическое исследование по отпечаткам с десны периимплантатной области проводили по цитоморфометрической методике Григорьяна А.С. и соавторов (1999) на основании определения двух показателей: индекса деструкции (ИД) и воспалительно-деструктивного индекса (ВДИ). Оценку иммунного статуса проводили стандартным методом проточной цитофлуориметрии на приборе FACS

Calibur. Состояние гуморального иммунитета оценивали по концентрации иммуноглобулинов класса А, М и G в сыворотке крови, определяемой с помощью иммуноферментного анализа при использовании коммерческих тест-систем (Вектор-Бест, Новосибирск). Для определения состояния гликемического контроля использовали тест на гликозилированный гемоглобин (HbA1c).

Результаты исследования. Мониторинг показателей ИД и ВДИ отражал динамику воспалительно-деструктивных изменений в околоимплантатных тканях десны. Эти данные имели большое практическое значение, так как позволяли объективно определить индивидуальную готовность пациента к протезированию. В связи с проведением корректирующего комплекса гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий начало ортопедического лечения пациентов с СД 2-го типа было отложено на 1-4 недели. При сопоставлении процессов приживления импланта с иммунологическими показателями было установлено, что угнетение показателей Т-клеточного иммунитета отмечалось у больных СД 2-го типа с высоким уровнем гликолизированного гемоглобина в крови, получавших корректирующую эндокринологическую терапию до проведения дентальной имплантации, с расширенным объемом оперативного вмешательства (при установке 2-х и более имплантатов). Отмечалось затягивание сроков купирования патологического процесса, которое коррелировало с высоким уровнем содержания циркулирующих В-клеток.

Выводы. Пациенты с воспалительными заболеваниями пародонта на фоне СД 2-го типа должны стать предметом специального наблюдения и направленного корректирующего терапевтического воздействия на иммунную систему на этапах дентальной имплантации.

Синдром диабетической стопы (СДС). Комплексное лечение

Ибадильдин А.С., Сейсембаев М.А., Апсаров Э.А., Алимжанов А.К., Головня М.А.
РГКП «РК ГИОВ»

Сахарный диабет по медико-социальной значимости занимает 3 место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и выросло за последние 12-15 лет с 4% до 6-8%, что объясняется увеличением продолжительности жизни, улучшением социально бытовых условий. Одним из грозных осложнений является развитие диабетической стопы. Поэтому целью нашего исследования было поделиться опытом комплексного лечения больных с СДС,

позволяющим уменьшить количество высоких ампутаций в 1,7 раза, сократить койко-день до 12 дней.

Известно, что помимо высокой послеоперационной летальности ампутация на уровне бедра повышает риск смерти пациента в течение 5 лет до 40-68%. Кроме того, очевидно, ампутация сама по себе является калечащей операцией. Нами пролечено за 5 лет 408 больных сахарным диабетом (мужчин-175 (43%), женщин-233(57%)), воз-