



Рис. 1. Эхографическое изображение экстраокулярных мышц правого глаза пациента с ЭОП I ст. Линия 1 – толщина мышцы, мм

### Выводы

Таким образом, ЭОП развивается наиболее часто у лиц трудоспособного возраста, приводя к снижению качества жизни пациентов. Так как лечение ЭОП наиболее эффективно на ранних стадиях заболевания, до развития необратимых изменений, необходима своевременная, высокочувствительная диагностика, не требующая больших материальных затрат и технической базы. Указанным требованиям полностью отвечает эхография глазного яблока и периорбитальных тканей. Данный метод отличается высокой чувствительностью, позволяет выявить начальные признаки ЭОП уже на ранних стадиях заболевания, до развития клинических проявлений.

### Список литературы

1. Бровкина А.Ф. Эндокринная офтальмопатия. – М.: Гэотар-Медиа, 2004. – 176 с.
2. Виноградская О.И., Липатов Д.В., Фадеев В.В. Эндокринная офтальмопатия: современные представления // Офтальмология. – 2009. – № 2(6). – С. 5-10.
3. Заривчакский М.Ф., Стяжкина С.Н. Избранные страницы хирургической тиреологрии: монография. – Пермь-Ижевск, 2011. – 216 с.
4. Набиев А.М. Значение эхографических исследований при определении эффективности лечения эндокринной офтальмопатии / А.М. Набиев, М.И. Ходжензарова // Клиническая офтальмология. Глаукома. – 2011. – №2. – С. 70-73.

### ОЧЕРКИ ГЕНДЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ: ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА НА ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Титов Е.А., Губанова Г.В., Рябошапка А.И.

ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, Саратов, Россия,  
e-mail: elzagu@yandex.ru

Актуальность: гендерная медицина в последние годы привлекает все более пристальное внимание. Причем, акцент делается на особенности течения и лечения заболеваний у мужчин и женщин. Однако, большинство работ посвящено проблемам женского здоровья.

Целью настоящей работы явилось изучение по данным литературы вопросов тактики ведения и про-

филактики основных неинфекционных заболеваний в различных возрастных группах мужчин.

Продолжительность жизни у мужчин меньше, чем у женщин на 13 лет. Как известно, это обусловлено на две трети генетическими факторами и на одну треть – нездоровым образом жизни мужчин (1). Уже подростковый период, обычно продолжающийся с 12 до 18 лет, у мальчиков сопровождается значительными психическими изменениями и развитием различных патологических состояний. Подростки-мальчики требуют от врача особого внимания. Доктор должен не только заниматься лечением, но и вместе с родителями участвовать в воспитательном процессе детей.

Мужчины, уже начиная с пубертатного возраста, подхлестываемые всплеском уровня тестостерона, чаще идут на риск, чем женщины, чаще занимаются экстремальными видами спорта, их смертность от несчастных случаев в три раза выше, чем у женщин. У мужчин больше специфических ортопедических проблем, связанных с несчастными случаями в спорте. Только в возрасте от 30 до 50 лет степень риска смерти женщин сравнима с таковой среди мужчин. В этом возрастном интервале начинают сказываться последствия нездорового образа жизни мужчин – курения, гиподинамии, нездорового питания, и как следствие этого появляется избыточный вес. Мужчины реже обращаются к врачам с целью профилактики, и только в возрасте старше 75 лет имеют шансы на равную с женщинами продолжительность жизни.

Основные факторы риска хронических неинфекционных заболеваний по большей части являются схожими как для мужчин, так и для женщин. При этом среди факторов, влияющих на здоровье человека, на образ жизни приходится 50-55%, в то время как на работу учреждений здравоохранения – 10%, наследственность – 20%, экологическую обстановку – 20%.

Все факторы риска принято разделять на две подгруппы: немодифицируемые, воздействовать на которые невозможно, и модифицируемые, поддающиеся как немедикаментозной, так и медикаментозной коррекции.

К немодифицируемым факторам риска относятся пол (мужской), возраст (старше 45 лет), отягощенный наследственный анамнез. К основным модифицируемым факторам риска причисляются дислипидемия, артериальная гипертензия, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа, абдоминальное ожирение (окружность талии более 94 см), низкий социальный и образовательный статус. Многие факторы относятся к поведенческим (курение, неумеренное употребление алкоголя, низкая физическая активность, хронический и острый психосоциальный стресс).

Наибольшее влияние на заболеваемость мужчин трудоспособного возраста оказывают следующее факторы: стрессовые воздействия (работа, участие в межнациональных конфликтах); пищевые пристрастия (острая, жареная, жирная пища); язвенная болезнь, панкреатит, гастрит и другие болезни органов пищеварения; курение, алкоголизм; гиподинамия, связанная с внедрением современных технологий, компьютеров; атеросклероз, ишемическая болезнь сердца (ИБС), остеопороз, нарушения осанки, мозгового кровообращения.

Шкала патологии мужчин трудоспособного возраста выглядит следующим образом: травматизм (бытовой и производственный, дорожно-транспортные происшествия); алкоголизм и бытовое пьянство; несчастные случаи и отравления; ИБС и артериальная гипертензия; хроническая обструктивная болезнь легких у курильщиков; онкологические заболевания (легких, желудка, прямой кишки); мочекаменные болезни и мочекаменная болезнь.

В возрасте старше 50 лет у мужчин возникает андропауза или частичный андрогенный дефицит, снижение продукции тестостерона в среднем на 1,6% в год.

Любое хроническое соматическое заболевание, с одной стороны, способно негативно влиять на секрецию тестостерона, ускоряя наступление андрогенного дефицита, распространенность же последнего при хронических соматических заболеваниях у мужчин крайне высока. С другой стороны, дефицит мужских половых гормонов может также оказывать патофизиологическое влияние на механизмы развития и прогрессирования соматических заболеваний, поэтому с полным основанием андрогенный дефицит у мужчин можно назвать «заболеванием-маской» (2). Гиподинамия, употребление жирной пищи, алкогольных напитков снижают уровень мужских половых гормонов, в том числе тестостерона. Именно этот гормон отвечает в организме за процесс сжигания жиров и поддержание мышечной массы. Падение его уровня означает утрату работоспособности, вялость, уменьшение интереса к жизни, отсутствие стремлений, снижение устойчивости к стрессам. Развивается абдоминальное ожирение, появляется одышка, головокружение, снижается потенция, растет риск сердечно-сосудистых заболеваний (3, 4). У мужчин ИБС, в том числе инфаркт миокарда, встречается в четыре раза чаще, чем у женщин и развивается на 10 лет раньше (5, 6, 7). Кроме назначения препаратов для лечения этого заболевания, необходимо рекомендовать рациональное питание и изменение самого образа жизни в комплексе с курсом принятия специальных препаратов (орлистан) для коррекции массы тела. Эти мероприятия будут способствовать поддержанию здоровья и продлению полноценной мужской жизни.

Мужчины чаще умирают от сахарного диабета. Симптомы сахарного диабета у мужчин такие же, как и у женщин. Однако, в большей степени поражаются различные системы и органы, в том числе имеются более выраженные нарушения половой и репродук-

тивной функции (8). Лечение сахарного диабета у мужчин – это не только заместительная терапия или приём лекарств, но в первую очередь пересмотр рациона питания и нормализация веса.

У мужчин чаще возникают опасные для жизни задержки дыхания во время ночного сна (синдром «ночного апноэ» во сне), хроническая обструктивная болезнь легких (9, 10).

Остеопороз представляет опасность не только для пожилых женщин, но и для мужчин. Около 20% от общего числа американцев, страдающих остеопорозом или низкой минеральной плотностью костной ткани, – мужчины. Результаты исследования показывают, что остеопороз увеличивает смертность у мужчин в возрасте от 50 до 69 лет (11, 12). К факторам риска развития остеопороза у мужчин относят низкую массу тела и курение.

Злокачественные новообразования также чаще встречаются у мужчин, при этом – с летальным исходом. От рака легких умирает в три раза больше мужчин, то же самое касается рака гортани и половых органов. Для улучшения ситуации с целью раннего выявления заболеваний должен проводиться общий скрининг рака у мужчин (профилактические осмотры врачом 1 раз в 3 года, а для лиц старше 40 лет – ежегодно), который включает осмотр щитовидной железы, кожи, лимфатических узлов, полости рта, яичек. Необходимо осуществлять индивидуальное и углубленное профилактическое консультирование по профилактике рака, включая устранение таких факторов риска как курение, инсоляция, нерациональное питание, профессиональные вредности, беспорядочные незащищенные сексуальные контакты.

Подозрение на неоплазию должно возникнуть у врача при наличии признаков, ассоциированных с развитием злокачественных новообразований: возраст старше 50 лет, похудание, увеличение лимфатических узлов, ускорение СОЭ, анемия, лихорадка, семейный анамнез рака.

В этих случаях целесообразно провести обследование для диагностики наиболее распространенных видов рака.

Первичная профилактика заключается в выявлении генетических, биологических и окружающих факторов, играющих этиологическую или патогенетическую роль в возникновении заболеваний. Кроме исключения курения, нормализации питания и других мер по изменению образа жизни, возможно рекомендовать медикаментозную профилактику.

Вторичная профилактика заключается в своевременном выявлении злокачественных новообразований и предотвращении их роста. С этой целью проводятся профилактические и диспансерные массовые обследования.

Таким образом, имеются гендерные отличия в факторах риска, структуре и течение основных неинфекционных заболеваний мужчин различных возрастных групп по сравнению с женщинами, что требует от врача знания этих особенностей и индивидуального подхода к лечебным и профилактическим мероприятиям у данной категории пациентов.

Для многих российских мужчин врач общей практики становится первым специалистом, к которому они обращаются с любыми проблемами здоровья. Очень хочется, чтобы этот «первый эшелон» неспециализированной врачебной медицинской помощи был достаточно качественным, преемственным и эффективным, поскольку именно на врачей первичного звена падает все бремя диагностики и начальных этапов терапии большинства соматических заболеваний у мужчин.

**Список литературы**

1. Clinical Men's Health Heidelbaugh, Joel J., MD Copyright © 2008.
2. Тозиков И.А. Соматические «маски» андрогенного дефицита у мужчин // Справочник поликлинического врача. – 2013. – № 9. – С. 63-70.
3. Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Буракова Б.Н., Ромашкина Т.И. Гендерные особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц среднего возраста // Медицинский совет. – 2013. – № 9. – С. 106-108.
4. Roger V.L., Go A.S., Lloyd-Jones D.M. et al. Heart disease and stroke statistics – 2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* Jan 3 2012; 125(1): e2-e220.
5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – № 11(4). – С. 101-104.
6. Hemingway H., Langenberg C., Damant J., Frost C., Pyorala K., Barrett-Connor E. Prevalence of angina in women versus men: a systematic review and meta-analysis of international variations across 31 countries. *Circulation* Mar 25 2008; 117(12): 1526-36.
7. Boggs W. Worse Prognosis for Myocardial Infarction Patients With ST-Deviation in AVR. *Medscape* [serial online]. Jul 11 2013; Accessed Jul 24 2013. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/807686>.
8. Guideline American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2011. *Diabetes Care* Jan 2011; 34 Suppl 1: S11-61.
9. Затеев Д.В., Шинтаев Т.К., Алексеева Н.И., Микеров А.Н. Заболевания органов дыхания и гендер. Бюллетень медицинских Интернет конференций. 2013. [www.medconfer.com](http://www.medconfer.com); (3)11: 1179–1180.
10. Фридман И.Л. Влияние гендерных различий на особенности течения бронхиальной астмы // Казанский Медицинский Журнал. – 2010. – № 5. – С. 603-606.
11. Barclay L. Osteoporosis Management Guidelines Updated for Women and Men. *Medscape* [serial online]. Available at <http://www.medscape.com/viewarticle/807140>. Accessed July 8, 2013.
12. Boonen S., Reginster J.Y., Kaufman J.M., Lippuner K., Zanchetta J., Langdahl B. et al. Fracture risk and zoledronic acid therapy in men with osteoporosis. *N Engl J Med*. Nov. 2012; 367(18): 1714-23.

**ГРИБКОВОЕ ТЕЛО  
КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ НОСА**

Ткаченко М.С.

*ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Министрства здравоохранения РФ, Иваново, Россия, e-mail: mashentsiya@mail.ru*

**Актуальность**

Первые упоминания о грибковых образованиях придаточных пазух носа появились в конце 19 века. В 1883 году P. Shubert, а затем в 1889 году J. Mackenzie и H. Siebermann опубликовали наблюдения микотических поражений верхнечелюстных пазух, вызванных грибами рода *Aspergillus*. Аспергиллез лобной пазухи был впервые описан в 1933 году W. Adams. Все авторы подчеркивали исключительную редкость подобных наблюдений [4].

В настоящее время, по данным отечественных авторов, более чем у половины людей, страдающих хроническим синуситом, причиной заболевания являются грибы.

**Цель работы:** изучение особенностей этиологии и патогенеза грибкового шара основной пазухи носа.

**Основные сведения**

Грибковый шар (грибковое тело) околоносовых пазух – это особая форма воспаления пазух. Наиболее частой причиной развития микозов полости носа и околоносовых синусов являются грибы рода *Candida*, *Aspergillus* и *Penicillium*. Мицетома гайморовой пазухи относится к так называемым неинвазивным формам грибкового воспаления, т.е. мицелий просто растет внутри полости пазухи, а не прорастает в её слизистую оболочку.

Грибковое поражение чаще всего возникает при иммунодефицитных состояниях (СПИД и др.), бесконтрольном приеме антибиотиков, лечении кортикостероидами. Ввиду ослабления нормальной микрофлоры в нормоценозе появляются грибы.

Они беспрепятственно внедряются в стенку пазухи и начинают продуцировать вещества раздражающего действия, усиливающие воспалительный процесс. В результате воспаления соустье между пазухой и полостью носа закрывается, что ведет к чрезмерному накоплению слизеподобной жидкости, которая оказывает давление на слизистую оболочку и костные образования полости. Кроме того, отсутствие аэрации – это еще более благоприятные условия для роста грибов [2].

И только когда шар занимает практически всю полость, появляются характерные для грибкового тела симптомы. Заболевание развивается медленно и от момента возникновения воспалительного процесса до появления первых признаков проходит 1-2 года, а иногда 15-20 лет.

**Основные жалобы:**

- Головная боль, чаще в затылочной области (не сильная, ноющая и постоянная) и практически не купируется обезболивающими препаратами.
- Гнойные или слизистые выделения по задней стенке глотки (дискомфорт в глубине носа или носоглотке).
- Нарушения зрения (двоение в глазах или снижение зрения).

Основная пазуха особенная. В норме она заполнена воздухом, и располагаясь глубоко в полости носа, граничит с такими важными образованиями, как сонные артерии, основание черепа, гипофиз, глазные нервы, поэтому обнаружение грибкового тела в данной придаточной пазухе требует немедленного хирургического вмешательства. Для лечения применяется эндоскопический метод. Его преимущество заключается в щадящем подходе с сохранением неизменной слизистой оболочки и восстановлением нормальной вентиляции и дренирования ОПН. Эндоскопическая хирургия направлена на освобождение естественных путей оттока пазух носа с максимально возможным сохранением анатомических структур [1].

**Клинический случай**

В НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко обратилась пациентка Т., 19 лет с жалобами на головные боли, давящего характера в затылке и в висках, которые беспокоят её в течении нескольких лет с ухудшением в последнее время.

При сборе анамнеза было установлено, что родилась она в 31 нед., после чего была реанимирована и 7 суток находилась на ИВЛ. На третьи сутки у неё развилась послеродовая пневмония, для лечения которой применялись антибиотики: ампицилин, гентамицин, цефазолин, линкомицин.

Для установления диагноза пациентке были проведены КТ и МРТ, выявлены нарушения воздушности основной пазухи справа с неоднородными включениями (рис. 1 и 2).

Предоперационный диагноз: новообразование клиновидной пазухи.

**Ход лечения**

27.02.2014 г. Операция «Эндоскопическая эндоназальная санация клиновидной пазухи справа». Кровотечение по ходу операции незначительное. Полость носа не тампонировалась.

28.02.2014 г. в условиях ЛОР-отделения произведено промывание полости 0,1% раствором Нафтизина, её санация. Пациентка выписана под амбулаторное наблюдение.

Гистологическое исследование содержимого клиновидной пазухи: небольшие эозинофильные бесструктурные массы, которые являются фрагментами грибкового тела.

28.08.2014 г. Проведение контрольного исследования (МРТ придаточных пазух носа).