



АКАДЕМИЯ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗДОРОВЬЕ И БОЛЕЗНЬ

2013 г., № 6 (114)

АЛМАТЫ

Основатель журнала
академик РАМН и НАН РК Т.Ш. ШАРМАНОВ

Редакционная коллегия:

Главный редактор – А.А. Алдашев

Ю.А. Синявский (*зам. гл. редактора*), А.А. Аканов,
А.С. Бухарбаева (*отв. секретарь*),
Е.Д. Даленов, М.К. Кульжанов, Л.Е. Муравлева,
К.С. Ормантаев, Т.К. Рахыпбеков

Редакционный совет:

Д.А. Азонов (г. Душанбе), К.Н. Апсаликов (г. Семипалатинск),
А.К. Батулин (г. Москва), Г.В. Белов (г. Бишкек),
С.А. Диканбаева (г. Алматы), Т.К. Каримов (г. Актобе),
У.И. Кенесариев (г. Алматы), Р.С. Кузденбаева (г. Алматы),
А.К. Машкеев (г. Алматы), П.С. Ников (г. Одесса),
Т.И. Слажнева (г. Алматы), Ш.С. Тажибаев (г. Алматы),
С.П. Терехин (г. Караганда)

Адрес редакции:

050008, г. Алматы, ул. Клочкова, 66.
Тел.: 8 (727) 375-80-57, 8 (727) 375-14-74. Факс: 8 (727) 375-05-29
E-mail: albina.buharbaeva@mail.ru

Издание зарегистрировано Национальным агентством по делам печати и
средствам массовой информации Республики Казахстан.
Свидетельство № 471 от 27.03.97.

Отпечатано в ТОО Издательская компания «Раритет»
050022, г. Алматы, ул. Масанчи, 98,
тел./факс 260-67-08

Уч.-изд. л. 4,0. Формат 70×100 1/16. Тираж 500 экз.

Корректоры *И. Писаревский, С. Ибраева*
Компьютерная верстка *Л.Б. Баировой*

СТАТЬИ

- Н.В. Остапчук, С.Я. Жигайло, Н.Н. Валяева, Н.Н. Бурмагина.** Неспецифические положительные результаты серологических реакций у беременных г. Рудный Костанайской области 4
- Г.М. Несипбаева.** Современные методы лечения акушерских кровотечений (обзор литературы) 7
- Ш.А. Абдужабарова, Н.К. Айдельдыева, Л.К. Шаймарданова, Д.Ш. Кудебаева.** Факторы риска преждевременных родов в условиях мегаполиса 10
- А.Б. Мухамедьярова.** Лазерная хирургия в медицине (обзор литературы) 14
- Б.К. Молдаханова.** Тайгерон и серрата в лечении затяжного кашля при воспалительных заболеваниях дыхательных путей (обзор литературы) 17
- У.Б. Сейтова, Д.К. Еспенбетова, А.С. Жандарбекова.** Применение левофлоксацина для лечения хронического обострения болезней легкого 22
- Д.К. Еспенбетова, А.С. Жандарбекова, У.Б. Сейтова.** Опыт применения препарата «Карведилол» в лечении хронической сердечной недостаточности 24
- Б.К. Молдаханова.** Тепловизор в диагностике вегетососудистой дистонии 26
- Б.К. Молдаханова.** Холестерин у молодых женщин 30
- С.М. Сарханбаев.** Лечение когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией 34
- А.С. Жандарбекова, У.Б. Сейтова, Д.К. Еспенбетова.** Антигипертензивная терапия на фоне ожирения 35
- Р.З. Игсатов, Г.С. Гумарова, Ж.Ш. Отарбаева, А.Н. Капалбекова, А.И. Бекпасынова, А.У. Алтаева.** Влияние городской среды мегаполиса на здоровье населения пенсионного возраста 38
- Г.К. Каусова, А.У. Ембердиев, Д.Э. Корганбаева, А.Н. Нурбакыт.** Социальная характеристика образа жизни больных псориазом (обзор литературы) 41
- А.Н. Аралбаева, А.Қ. Қайынбаева, М.Қ. Мырзахметова.** Эксперименталды диабет кезіндегі егеуқұйрықтардың клетка мембранасы күйінің ерекшеліктері 45
- Г.К. Ташенова, З.Ж. Сейдахметова, Б.К. Оксикбаев, А.К. Нурғалиева, Н.Н. Жумадиллаева, У.Н. Кожаниязова.** Резистентность мембран эритроцитов беременных крыс с экспериментальным гипотиреозом 49

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Н.В. Остапчук, С.Я. Жигайло, В.А. Пустовит.** Актуальность лабораторной диагностики дерматомикозов 54
- Е.И. Добржанская.** Комплексное лечение больных псориазом с учетом нейроэндокринных нарушений 56
- Л.Ю. Бурмагина, Н.Н. Валяева, А.М. Зверкович, С.Я. Жигайло.** Применение мази «Форкал» при лечении бляшечных форм псориаза 59
- Н.Н. Валяева, Л.Ю. Бурмагина.** Красный плоский лишай как паранеопластический процесс 61

РЕФЕРАТЫ

- С.М. Сарханбаев.** Опыт применения рамиприла для профилактики инсульта 64

УДК 618.3

*Н.В. ОСТАПЧУК, С.Я. ЖИГАЙЛО, Н.Н. ВАЛЯЕВА, Н.Н. БУРМАГИНА**Рудненская городская больница***НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ г. РУДНОГО
КОСТАНАЙСКОЙ ОБЛАСТИ**

Аннотация. В работе рассмотрены причины неспецифических положительных реакций на сифилис у беременных. Проанализированы результаты скрининга беременных женщин г. Рудного. В результате обследования пациенток РСК, РПГА выявлены сомнительные и положительные результаты серологических тестов.

Ключевые слова: беременные, серодиагностика сифилиса, реакция Вассермана, лечение.

Диагностика сифилиса при беременности представляет известные трудности. Дело в том, что при исследовании беременных в комплексе серологических реакций (КСР), состоящих из реакции связывания комплемента (КСР) с трепонемным и кардиолипиновым антигенами и микрореакции преципитации (РМП), наблюдаются неспецифические выпадения, причина которых обусловлена не специфической сифилитической инфекцией, а какой-то другой патологией. В основе ложноположительных результатов (ЛПР) КСР лежит выработка аутоантител против липопротеина мембран митохондрий, липоидный компонент которого представлен кардиолипином, выполняющим роль детерминантной группы. Поэтому не любой процесс, сопровождающийся повреждением клеток макроорганизма, может привести к выработке антител, что имеет место и у беременных [1].

Целью нашего исследования явилось уточнение ведущих факторов, позволяющих выявить ложноположительные результаты у беременных для предупреждения врожденного сифилиса и гипердиагностики у беременных.

ЛПР регистрируются у беременных в любые сроки беременности, хотя наиболее часто встречаются в последние недели беременности и первые 10 дней после родов. Существует точка зрения, согласно которой, если причиной ЛПР является беременность, то их негативация может наступить только после родов или искусственного прерывания беременности.

Процент выпадения неспецифических реакций в КСР с сыворотками беременных колеблется, по данным разных авторов, в больших пределах – от 0,6 до 5,5%, составляя в среднем 2,5% [2].

При отсутствии каких-либо клинических признаков сифилиса и указаний на сифилис в анамнезе требуется повторное проведение реакции Вассермана, РПГА, РИФ, и если все они дают положительный результат, беременную считают больной сифилисом и подвергают специфическому лечению. Конечно, одновременно должны быть обследованы муж и другие члены семьи больной для исключения у них сифилиса. В ряде случаев для уточнения диагноза может служить постановка реакции Вассермана по количественному методу.

Быстрота постановки и объективность результатов при высокой чувствительности и специфичности позволяют применить РПГА в качестве как специфической реакции, так и скрининг-теста при необходимости специфических массовых обследований на сифилис. Техническая простота, высокая воспроизводимость феномена гемагглютинации обеспечены применением эритроцитарных диагностикумов, представляющих собой сенсibilизированные антигеном эритроциты животных или птиц. Реакция пассивной гемагглютинации основывается на иммунологически индуцированном склеивании эритроцитов. Механизм данной реакции заключается в том, что предварительно подготавливаются эритроциты, на поверхности которых фиксированы белковые компоненты бледной трепонемы. Поэтому, при смешивании с плазмой крови, содержащей антитела к трепонеме, происходит склеивание эритроцитов – кровь из красной превращается в зернистую. В комплексе с другими серологическими реакциями РПГА значительно расширяет возможность диагностики сифилиса [3].

Многие авторы чувствительность и специфичность РПГА считают аналогичными РИТ и РИФ, другие отмечают ее меньшую чувствительность по сравнению с РИФ при ранних формах сифилиса [2].

Для серодиагностики сифилиса используют РИФ, предложенную в 1957 г. Диконом, Фалькони и Гаррисом. Она основана на выявлении в сыворотке больных сифилисом флюоресцирующих антител и обладает высокой чувствительностью и специфичностью. Ее применяют для распознавания ложноположительных стандартных серологических реакций, а также ложноположительных данных РПГА [2].

Материалы и методы. Согласно приказу № 312 от 23.05.11 «Об утверждении положений об организации, оказывающей дермато-венерологическую помощь», в котором все беременные женщины обследуются трехкратно РВ, нами обследовано 500 беременных женщин на разных сроках беременности реакцией Вассермана для выявления сифилиса. 1 (0,5%) женщина дала положительные результаты КСР – 4+, 19 (3,5%) из них – сомнительные результаты. Все женщины были направлены в кожно-венерологическое поликлиническое отделение на обследование для исключения скрытых форм сифилиса.

По возрастам они распределились так: 16–18 лет – 2 (10%), 18–20 лет – 5 (25%), 20–25 лет – 7 (35%), 25–30 лет 5 (25%), 32 года – 1 (5%) т. е. возраст наибольшей детородной активности. У 12 (60%) женщин данная беременность первая, у 6 (30%) – вторая, у 1 (5%) предыдущая беременность закончилась выкидышем в сроке 19–20 недель, у 1 (5%) предыдущая беременность закончилась медицинским абортom.

Сомнительные серологические реакции (КСР) были выявлены на следующих сроках беременности: в I триместре – 2 (10%), во II – 4 (20%), в III – 13 (65%). Положительная реакция выявлена во втором триместре беременности 1(5%).

Все 20 беременных осмотрены терапевтом и венерологом – специфические проявления на коже и слизистых оболочках отсутствовали. У 19 данные анамнеза, обследования членов семьи исключали наличие специфической инфекции, титры реагинов в КСР были низкими. У 1 при обследовании членов семьи выяснилось, что у мужа были случайные половые связи 3–4 месяца назад, клиника соответствовала сифилитической инфекции.

Все 20 беременных обследованы на РПГА. Из них слабopоложительная реакция была у 2 беременных (10%), сомнительная – у 5 (25%), у 1 – резкоположительная.

Все сыворотки были отправлены в ОКВД г. Костаная и исследованы на РИФ, который дал у 19 отрицательный результат, у 1 – 4+.

На основании данных осмотра и обследований женщине с положительной кровью был выставлен диагноз «сифилис» и назначено соответствующее лечение.

Результаты обследования.

У 5 (25%) беременных причиной ЛПП явилась беременность, у 14 (70%) наблюдалась сопутствующая патология – хронические заболевания почек (3 – 15%), болезни органов дыхания (2 – 10%), хронические заболевания органов ЖКТ (2 – 10%). В группу других заболеваний (7 – 35%) включены: ревмокардит, сахарный диабет, наркомания.

Слабоположительная реакция зарегистрирована при ревмокардите и сахарном диабете (10%), сомнительная – при аднексите, язвенной болезни желудка, ОРВИ, гепатите (25%).

Резкоположительная реакция зарегистрирована у 1 (5%) при сифилисе.

У 14 беременных родились здоровые дети, при клиническом и серологическом обследовании которых признаков сифилитической инфекции не выявлено. Негативация результатов серологических реакций отмечена у 12 беременных до родов, у 2 беременных после родов.

5 беременностей были прерваны по желанию женщин. Кровь негативировалась на пятый день после медицинского аборта.

После обследования женщине с положительной кровью выставлен диагноз «сифилис», проведено специфическое лечение, курс профилактического лечения в связи с беременностью. В срок родился здоровый доношенный ребенок без признаков сифилитической инфекции, проведено превентивное лечение. После трехкратных отрицательных контролей женщина и ребенок сняты с учета.

Выводы:

1. Согласно литературным данным [1], процент выпадения ЛПП в КСР беременных колеблется, по данным разных авторов, в больших пределах – от 0,6 до 5,5%, что совпадает с нашими исследованиями (4%).

2. Серопозитивные реакции были выявлены в 65% случаев в III триместре беременности.

3. Причиной ЛПП у беременных стала сопутствующая патология (70%) и сама беременность (25%).

4. В процессе обследования выявлено, что все серопозитивные реакции в 35% случаев были слабоположительными или сомнительными, а 60% оказались ложноположительными, вызванными: у 5 (25%) причиной ЛПП явилась беременность, у 15 (70%) – наблюдалась сопутствующая патология.

5. Из 20 женщин у одной диагностирован сифилис, проведено соответствующее лечение и профилактика.

6. Все женщины находились под наблюдением венеролога. Кровь негативировалась у всех обследованных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Гусева С.Н., Данилов С.И. Использование теста IgM-РИФ в обследовании беременных на активность сифилитической инфекции // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2004. – № 6. – С. 60, 61.

2 Методические рекомендации по диагностике сифилиса // Приказ МЗ СССР. – 1985. – № 1161.

3 Источник: <http://www.tiensmed.ru/news/sifilis-diagnostika1.html>

Тұжырым

Н.В. Остапчук, С.Я. Жигайло, Н.Н. Валяева, Н.Н. Бурмагина

ҚОСТАНАЙ ОБЛЫСЫ, РУДНЫЙ ҚАЛАСЫНЫҢ ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРІНІҢ СЕРОЛОГИЯЛЫҚ РЕАКЦИЯЛАРҒА СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕМЕС ОҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

Аталған мақалада жүкті әйелдерінің сифилиске спецификалық емес оң нәтижелерінің себептері қарастырылды. Мақала авторлары Рудный қаласының жүкті әйелдеріне жүргізілген скринингтің нәтижелерін сараптаған. Сараптау нәтижесінде РСК мен СПГА науқастарында

Summary

N.V. Ostapchuk, S.Y. Zhigaylo, N.N. Valyaeva, N.N. Burmagina

NON-SPECIFIC POSITIVE RESULTS OF SEROLOGICAL TESTS IN PREGNANT WOMEN OF THE RUDNIY CITY OF KOSTANAI REGION

The paper discusses the reasons for non-specific positive reactions for syphilis in pregnant women. The authors analyzed the results of screening of the Rudniy city's pregnant women. A survey of patients DGC PHA identified doubtful and positive results of serological tests.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 618.3

Г.М. НЕСИПБАЕВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ (Обзор литературы)

Аннотация. В представленной обзорной статье рассматриваются и обсуждаются современные методы лечения акушерских кровотечений. Применение новых технологий при массивных акушерских кровотечениях позволяет сохранить женщине матку, а вместе с ней репродуктивную и менструальную функции.

Ключевые слова: здоровье матери и ребенка, материнская смертность, акушерские кровотечения.

Одним из приоритетов Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан является улучшение охраны здоровья матери и ребенка [1]. Уровень здравоохранения в нашей республике, по всеобщему признанию, характеризует показатель материнской смертности. По данным ВОЗ, первое место в структуре причин материнской смертности в мире занимают акушерские кровотечения. В Республике Казахстан (РК), по данным Бикташевой Х.М. (2013), акушерские кровотечения занимают в структуре смертности 1-е место, составляя 53,8% [2].

В РК по итогам 2012 г. зарегистрировано 14 случаев материнской смертности от акушерских кровотечений, причем основными причинами кровотечения в 6 (42,9%) случаях явилась преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и в 8 (57,1%) случаях – атоническое кровотечение в раннем и позднем послеродовом периоде [2].

Известно, что осложнения течения беременности и родов, такие как преэклампсия, эмболия околоплодными водами, экстрагенитальные заболевания женщины, ан-

тенатальная гибель плода, нейроэндокринная недостаточность, перерастяжение матки во время беременности, аномалии развития матки, доброкачественные опухоли матки, которые ведут к нарушениям функциональной способности миометрия, дистрофическим изменениям в миометрии, недостаточности ретракции миометрия и образованию тромбина в сосудах плацентарной площадки, что непосредственно может быть косвенной или прямой причиной кровотечения [3].

Акушерские кровотечения зачастую приводят к потере репродуктивного здоровья женщины вследствие гистерэктомии. Согласно протоколам РК 2010 г. лапаротомия не всегда должна сопровождаться гистерэктомией [4]. Основными органосохраняющими методами остановки кровотечения согласно протоколов РК 2010 г. являются: наложение хирургических компрессионных швов по методике Б-Линча (рисунок 1) и перевязка маточных артерий по О'Лири (рисунок 2).

В мире используется несколько методик наложения компрессионных гемостатических швов: Б-Линча (B-Lynch С., 1997), Хэймана (Hauman R.G., 2002), Перейра (Pereira A., 2005), и эффективность этих методик доказана многими учеными [5–8].

К примеру, Александров Е. (1962) и O'Leary (1966) предложили двухстороннюю перевязку маточных артерий при массивных акушерских кровотечениях, однако недостатком этого метода является возможное повреждение мочеточников [5]. В акушерстве перевязка внутренних подвздошных артерий в основном применяется как хирургический гемостаз при коагулопатических кровотечениях.

Остановка гипотонического маточного кровотечения по Перейра заключается в компрессии тела матки за счет наложения обвивных швов в поперечной и сагиттальной плоскостях [6].

При использовании модификации Перейра могут наступить следующие осложнения: повреждения мочеточников, фаллопиевых труб и маточного венозного сплетения. Наложение гемостатических компрессионных швов может привести к прорезыванию нитей, поэтому нагрузка при затягивании швов должна быть дозированной [6].

Наложение гемостатических швов по методике Хэймана заключается в использовании двух нитей, которые накладываются параллельно в сагиттальной плоскости матки; лигатуры проводятся сквозь мышцу матки в нижнем сегменте [7].

Одним из органосохраняющих методов остановки кровотечения в акушерстве является эмболизация внутренних подвздошных артерий, которая требует специальной аппаратуры и высококлассных специалистов, поэтому не может применяться во всех стационарах. Однако по данным литературы, анастомозы, образующиеся при ЭМА, приводят при гипокоагуляции к неэффективности перевязки а. iliacointerna, и в дальнейшем – к гистерэктомии. Осложнениями после ЭМА являются: некроз и гангрена мочевого пузыря и матки, некроз яичников, перфорация подвздошной артерии, ишемия ягодичных мышц.

Описаны случаи применения радиоволнового скальпеля, аргоно-плазменной коагуляции тканей (аппарат Фотек – ЕА 1420) в сочетании с новым утеротоником карбетотин во время операции кесарева сечения. По данным авторов, эта методика позволяет проводить операцию с меньшей кровопотерей и сохранением репродуктивного органа.

Впервые в 1997 году профессор Кристофер Б-Линч предложил операцию наложения компрессионных швов при массивных акушерских кровотечениях. Метод остановки гипотонического маточного кровотечения Б-Линча заключается в наложении в сагиттальной плоскости шва, состоящего из одной нити и захватывающего как переднюю и заднюю поверхности матки, так и ее дно.

Предложенная операция В-Lynch фактически рассматривается как альтернатива органосохраняющей операции – гистерэктомии и перевязки подвздошных артерий. Гемостаз при гемостатических компрессионных швах наступает за счет сдавливания сосудов матки. Преимуществом данной методики является возможность избежать перевязки магистральных сосудов матки и сохранить генеративную функцию [8, 9].

В Казахстане операцию В-Lynch стали использовать с 2010 года в связи с внедрением основных клинических протоколов по акушерству и гинекологии. К сожалению, в РК не фиксируется в годовых отчетах количество выполненных гемостатических операций по Б-Линчу и нет сведений об отдаленных результатах и эффективности данного метода.

Применение новых технологий при массивных акушерских кровотечениях позволяет сохранить женщине матку, а вместе с ней репродуктивную и менструальную функцию.

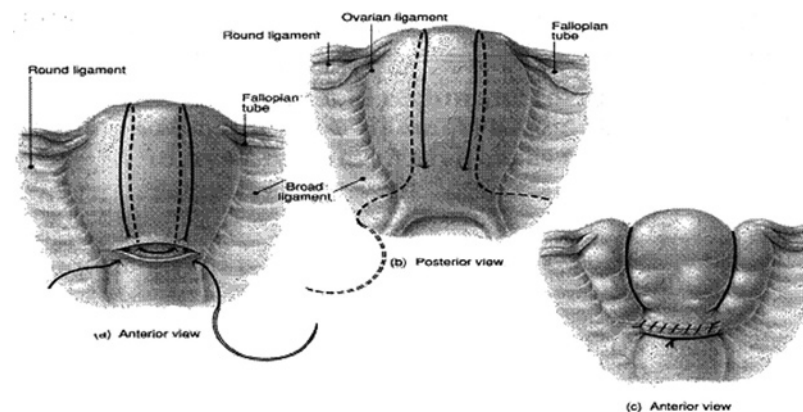


Рисунок 1 - Наложение хирургических компрессионных швов по методике Б-Линча (B-Lynch)

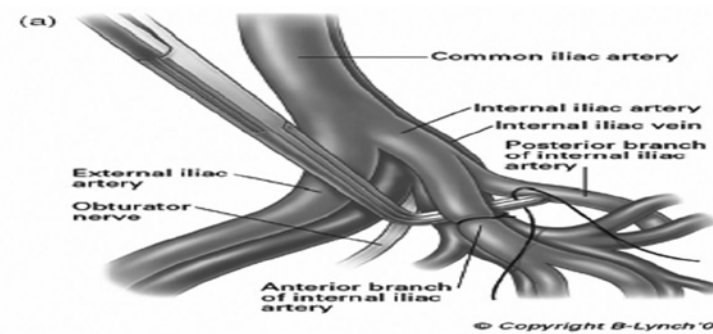


Рисунок 2 – Перевязка внутренних подвздошных артерий

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Кудайбергенов Т.К. Развитие перинатальной медицины в Казахстане // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2013. – № 1 (53), 2 (54), 3 (55). – С. 17–22.
- 2 Бикташева Х.М., Ахметова Э.А., Искакова М.Б. Анализ основных причин материнской смертности // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. – 2013. – № 1 (53), 2 (54), 3 (55). – С. 39–40.
- 3 Савельева Г.М. Акушерство. – 2000. – С. 586–588.

4 Основные клинические протоколы и приказы МЗ РК по акушерству и гинекологии. – Алматы, 2010. – С. 75–76.

5 *Oleyry J.A.* Uterine artery ligation in the control of post cesarean hemorrhage // *J.Reprod. Med.* – 1995. – V. 40, N 3. – P. 189–193.

6 *Pereira A., Nunes F., Pedroso S.* et al. Compressive uterine sutures to treat postpartum bleeding secondary to uterine atony // *Obstet. Gynecol.* – 2005. – N 106. – P. 569–572.

7 *Hayman R.G., Arulkumaran S., Steer P.J.* Uterine compression sutures: surgical management of postpartum hemorrhage // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – N 99. – P. 502.

8 *B-Lynch C., Cocer A., Lawal A.* et al. The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* – 1997. – V. 104. – P. 372–375.

9 *Habek D.* Successful of the B-Lynch compression suture in the management of massive postpartum hemorrhage: case reports and review // *Arch Gynecol Obstet.* – 2006. – V/273/ – N/ 307–309.

10 *Рымашевский А. Н.* Хирургический компонент лечения гипотонических кровотечений / А.Н. Рымашевский [и др.] // *Акушерство и гинекология.* – 2008. – № 3. – С. 30–34.

11 *Куликов А.В., Мартиросян С.В.* Протокол неотложной помощи при кровотечении в акушерстве. – Екатеринбург, 2010. – С. 7–8.

Тұжырым

Г.М. Несипбаева

АКУШЕРЛІК ҚАНКЕТУЛЕРДІ ЕМДЕУДІҢ ЖАҢА ӘДІСТЕРІ

(Әдеби шолу)

Аталған мақалада акушерлік қанкетулерді емдеудің жаңа әдістері сипатталып, баяндалған. Жаңа технологияларды массивті акушерлік қанкетулер кезінде қолдану әйелдің жатырымен бірге, оның бала өрбіту мен етеккірлік қызметін сақтап қалуға мүмкіндік береді.

Summary

G.M. Nesipbayeva

MODERN METHODS OF TREATMENT OF OBSTETRIC HEMORRHAGE

(Review of literature)

In the present article examines and discusses the modern methods of treatment of obstetric hemorrhage. The use of new technologies in massive obstetric hemorrhage can save a woman's uterus, and with it, reproductive and menstrual functions.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 618.2

*Ш.А. АБДУЖАБАРОВА, Н.К. АЙДЕЛЬДЯЕВА, Л.К. ШАЙМАРДАНОВА,
Д.Ш. КУДЕБАЕВА*

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Женская консультация городской клинической больницы № 5, г. Алматы*

ФАКТОРЫ РИСКА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Аннотация. В работе представлены результаты проведенного исследования по изучению факторов риска преждевременных родов в условиях мегаполиса.

Ключевые слова: преждевременные роды, недоношенные новорожденные, перинатальные исходы, перинатальная смертность.

В различных странах мира частота преждевременных родов варьирует от 5% до 18% [1]. По данным ВОЗ, 15 миллионов детей ежегодно рождаются преждевременно, а 1,1 миллиона детей ежегодно умирают из-за осложнений, связанных с преждевременными родами [2]. Преждевременные роды являются основной причиной перинатальной смертности и смерти у детей в возрасте до пяти лет [2]. Имеется огромное различие в выживаемости преждевременно рожденных детей в зависимости от социально-экономического уровня развития страны. Так, в странах с низким экономическим уровнем в течение первых дней жизни умирают более 90% детей, рожденных крайне преждевременно, тогда как в странах с высоким экономическим уровнем – менее 10% [3].

Согласно определению ВОЗ (1992), преждевременно рожденные дети подразделяются на категории в зависимости от срока беременности [2]:

– дети, рожденные крайне преждевременно (от 22 до 28 недель);

– дети, рожденные значительно преждевременно (от 28 до 32 недель);

– дети, рожденные умеренно и незначительно преждевременно (от 32 до 37 недель);

По данным официальной статистики Республики Казахстан, в структуре перинатальной смертности доля недоношенных новорожденных составила 62,3%, а показатель частоты преждевременных родов – 7%, в городе Алматы – 8,3% [5].

Таким образом, вопросы, связанные с предупреждением и ведением преждевременных родов, являются приоритетными в акушерстве. Учитывая частоту преждевременных родов, высокую перинатальную заболеваемость и смертность, нами было проведено данное клиническое исследование.

Цель исследования: выявить частоту, факторы риска и причины преждевременных родов у беременных общей популяции в условиях мегаполиса.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели нами было изучено течение антенатального периода и родов у 187 родильниц с преждевременными родами (основная группа) и у 200 родильниц со срочными родами (группа сравнения), состоявших на учете в женской консультации ГКБ №5 города Алматы в период с 2010 по 2012 гг. Использовались следующие методы исследования: клинические, аналитические, функциональные, статистические.

Результаты исследований и их обсуждение.

В результате проведенного анализа выявлено, что по данным женской консультации ГКБ №5 города Алматы, частота преждевременных родов имеет тенденцию к росту: в 2010 году – 5,2% (53); в 2011 году – 6,7% (61); в 2012 году – 7,3% (73).

Возраст родильниц в исследуемых группах колебался от 21 до 39 лет. Средний возраст пациенток основной группы составил 30,7±1,5 лет, группы сравнения – 26,9±1,8.

Анализ паритета выявил, что в основной группе повторнородящие составили 61,3%, в то время как в группе сравнения – 26,7%, многорожавшие – 27,5%, и 14,6% соответственно, первородящие – 11,2% и 58,7% соответственно. Очевидно, что повторные и многократные беременности и роды, особенно с коротким интергенетическим интервалом, являются одним из факторов риска преждевременных родов.

Сравнительный анализ экстрагенитальных заболеваний исследуемых групп выявил низкий индекс здоровья родильниц основной группы относительно группы сравнения. Так, у беременных основной группы чаще встречались заболевания мочеполовой системы у 48% относительно 23,4% в группе сравнения, анемия – у 46,5% и 13,4% соответственно, ожирение II–III степени (с индексом массы тела 35 и выше) – у 5,7%

и 3,4%, диффузное увеличение щитовидной железы – у 7,8% против 3,4%. Гестационный сахарный диабет встречался в сравниваемых группах с одинаковой частотой, составив 2,9%. Заболевания сердечно-сосудистой системы выявлены только у пациенток основной группы – 28,6%. Частота острых респираторных вирусных инфекций в группе сравнения была несколько выше, чем в основной группе (22,3% и 34,4% соответственно). У одной женщины (0,5%) основной группы в 28 недель был верифицирован острый аппендицит, осложненный перитонитом.

Анализ репродуктивного анамнеза обнаружил высокий процент медицинских и самопроизвольных аборт у пациенток основной группы (75,3% относительно 14,0% в группе сравнения), что, видимо, создает неблагоприятный фон для развития и течения следующей беременности.

Нами отмечен также высокий процент перенесенных гинекологических заболеваний у пациенток основной группы: миома матки (5,4%) и воспалительные заболевания матки и придатков (64,3%). Патология шейки матки у беременных основной группы встречалась в 8 раз чаще, чем в группе сравнения (30,0% и 3,8% соответственно). В основной группе у каждой третьей пациентки были верифицированы хронические урогенитальные инфекции (хламидии, ЦМВ, ВПГ, токсоплазма, микоплазма, уреоплазма), тогда как в группе контроля указанных инфекций не было. У 14,7% беременных группы сравнения был выявлен дрожжевой кольпит.

Анализ течения данной беременности обнаружил высокую частоту угрозы прерывания беременности у пациенток основной группы – 69,7%, тогда как в группе сравнения – 6,4%. В исследуемых группах течение данной беременности осложнилось гипертензивными нарушениями у 21,7% основной группы и у 13,4% группы сравнения, заболеваниями мочеполовой системы – у 29,6%, и 11,4% соответственно, анемией – у 46,5% и 13,4%.

Следует отметить, что 74,4% беременных основной группы взяты на диспансерный учет поздно, тогда как в группе сравнения у 77,3% беременных отмечена ранняя явка. Указанный факт подтверждает важность и необходимость раннего охвата беременных и обеспечение их надлежащим антенатальным наблюдением.

При изучении течения родов у родильниц исследуемых групп выявлено, что в основной группе родовое излитие околоплодных вод было у 37,8%, тогда как в группе сравнения – только у 13,4%, аномалия родовой деятельности – у 12,7% и 7,8% соответственно, акушерские кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах – у 9,3% и 3,1% соответственно. Чрезмерная родовая деятельность у пациенток основной группы отмечена в 3 раза чаще, чем в группе сравнения. У 19,2% беременных основной группы роды были индуцированы по поводу преэклампсии тяжелой степени, у 28,9% роды завершились путем операции кесарево сечение в связи с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и рубца на матке после кесарева сечения. В группе сравнения индукция родовой деятельности не проводилась.

У 53,3% беременных основной группы преждевременные роды произошли в 34–37 недель, у 41,3% – в 28–33 недели, у 5,4% – в 22–27 недель.

Нами проведен анализ перинатальных исходов у пациенток исследуемых групп. В основной группе недоношенные дети по массе тела распределились следующим образом: с массой тела от 2000 до 2499 граммов – 65,7%, от 1500 до 1999 граммов – 28,8%, и от 1000 до 1499 граммов – 5,5%. Следует отметить, что большинство новорожденных рождались с массой тела 2000–2499 граммов в 34–37 недель беременности. Полученные данные совпадают с результатами ряда исследователей [4].

В группе сравнения все новорожденные были оценены по шкале Апгар на 7–9 баллов, с массой тела при рождении 2500–4000 граммов, где средняя масса тела новорожденного составила $3248,0 \pm 180,0$.

При анализе состояния новорожденных в основной группе выявлено, что 65,7% (123) детей родились в удовлетворительном состоянии на 7–8 баллов по шкале Апгар. Однако у 37,9% (71) на 2–3 сутки жизни отмечено ухудшение состояния, в связи с чем они были переведены в отделение реанимации новорожденных для проведения интенсивной терапии: у 6,9% (13) был верифицирован диагноз внутриутробной пневмонии дыхательной недостаточности I и II степени, синдром угнетения центральной нервной системы, острый респираторный дистресс-синдром новорожденного. В последующем 6,9% (13) новорожденных детей были переведены на второй этап выхаживания. Большая часть новорожденных – 23,0%, с массой тела от 1500 до 1999 граммов – не были оценены по шкале Апгар, так как их состояние оценивалось как тяжелое и требовало проведения мероприятий по первичной реанимации новорожденных.

Следует отметить, что ранняя неонатальная смертность среди исследуемых недоношенных новорожденных, с массой тела 1000–1499 граммов – 5,5% составила 12,05% (8). Выживаемость недоношенных детей непосредственно зависела от срока гестации и массы тела при рождении. Дети с массой тела 1500 граммов и ниже (менее 30–31 недель гестации) составляли только 1,03% от всех живорожденных.

Здоровые недоношенные дети, с массой тела 1800–2000 граммов, так же как и больные недоношенные дети, независимо от массы тела, были переведены на второй этап выхаживания.

Перинатальная смертность среди недоношенных новорожденных составила 14,0‰ (26).

По данным учетно-отчетной документации женской консультации, удельный вес недоношенных новорожденных в структуре перинатальной смертности имеет тенденцию к снижению: в 2010 году – 90,1%; 2011 – 87,5%; 2012 – 81,4%.

Анализ причин и факторов риска пациенток с преждевременными родами показал, что 57,6% имели верифицированные инфекционные и соматические заболевания, которые явились неблагоприятным фоном для течения беременности и родов. Частота экстрагенитальных заболеваний у женщин фертильного возраста не имеет тенденции к снижению. Полученные результаты согласуются и со статистическими данными города Алматы: в 2010 году – 58,8%; в 2011 году – 61,5%, в 2012 году – 59,7%.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о низком индексе здоровья женщин репродуктивного возраста, высоком уровне гинекологических заболеваний, высокой частоте аборт и патологического течения беременности и родов, что, несомненно, сказывается на здоровье плода, новорожденного и является факторами риска преждевременных родов.

На современном этапе в Республике Казахстан при своевременном выявлении и оздоровлении женского населения на уровне ПМСП имеются условия для снижения частоты преждевременных родов, улучшения показателей перинатальной заболеваемости и смертности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мамедалиева Н.М., Идрисова С.С. Распространенность и факторы риска развития невынашивания беременности у женщин, проживающих в регионе Карагандинского угольного бассейна // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии – Алматы, 2003. – С. 47–51.

2 Blencowe H., Cousens S., Oestergaard M., Chou D., Moller A.B., Narwal R., Adler A., Garcia C.V., Rohde S., Say L., Lawn J.E. National, regional and worldwide estimates of preterm birth. The Lancet, June 2012. 9; 379 (9832): 2162–72.

3 American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). «Guideline on Vaginal birth after previous cesarean delivery: Major Recommendations». guideline. gov. 2008–02–09.

4 Салов И.А., Михайлова Ю.В. Клиническая оценка иммунного статуса при невынашивании беременности. Материалы 10-й Поволжской научно-практической конференции //Современные пути решения актуальных проблем акушерства и гинекологии. – Саратов, 2005. – С. 208–210.

5 Кайлюбаева Г.Ж., Желпакова М.С., Шарипова Х.К. и др. О проблеме невынашивания беременности // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы, 2007. – С. 53–56.

Тұжырым

Ш.А. Абдужабарова, Н.К. Айдельдяева, Л.К. Шаймарданова, Д.Ш. Кудебаева

МЕГАПОЛИС ЖАҒДАЙЫНДА УАҚЫТЫНАН ЕРТЕ БОСАНУДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Аталған мақалада мегаполис жағдайында уақытынан ерте босанудың қауіп факторларын анықтаудың нәтижелері көрсетілген. Зерттеу нәтижесінде Алматы қаласы бойынша уақытынан ерте босану жиілігінің көрсеткіштері 7,0%-дан 8,3%-ға дейін жоғарылады. Ал перинаталды өлім бойынша уақытына жетпей туған нәрестелер саны 2010 жылдан 2012 жылға дейін 62,3%-күрады.

Summary

Sh.A. Abdzhabarova, N.K. Aideldyeva, L.K. Shaimardanova, D.Sh. Kudebayeva

RISK FACTORS FOR PRETERM BIRTH IN A METROPOLIS

This article presents the results of a study to identify risk factors for preterm birth. According to a study rate of preterm birth in the city of Almaty – has risen from 7% to 8.3%, while the share structure of perinatal mortality in preterm infants was 62.3% in the period from 2010 to 2012.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 617.5

А.Б. МУХАМЕДЬЯРОВА

Городская поликлиника, г. Талдыкорган

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ В МЕДИЦИНЕ

(Обзор литературы)

Аннотация. В работе отражен высокоэффективный, безопасный, а также безболезненный хирургический метод лечения многих болезней в медицине.

Ключевые слова: хирургический лазер, геморрой, полипы, свищи, варикозная болезнь, близорукость, фемтоласик.

Геморрой, полипы, свищи, близорукость, катаракта и др. – очень распространенные заболевания [1–3]. И специалисты постоянно совершенствуют методы лечения. Регулярно появляются новые разработки, благодаря которым пациентов можно избавить от проблем по возможности быстро и безболезненно [1–3].

На сегодняшний день одним из новейших средств лечения геморроя считается лазерная операция. Ее делают с помощью технической новинки – хирургического лазера Mediola compact. Хирурги, оперирующие по этой методике, признают, что в деле лечения геморроя сделан серьезный шаг вперед. Многочисленные способы и методы, применяемые ранее, заметно уступают новому лазеру.

Любой человек, столкнувшийся с проктологической проблемой, знает, как нелегко и безболезненно от нее избавиться. Операции, которые делали до последнего времени, были по большей части несовершенны. И дело не в мастерстве врачей, а в том, что само хирургическое вмешательство в данном случае довольно сложно в исполнении и дает большое число осложнений. Применение новой методики позволило решить целый спектр принципиальных для пациентов и врачей вопросов. Так, например, существенно уменьшилось время проведения операции. Если раньше хирург мог простоять у операционного стола несколько часов, то сейчас все делается в течение 10–15 минут.

Очень важно, что лазерная операция проводится не под общим наркозом, а под местной анестезией. Это очень щадящий подход. Ведь известно, что длительный общий наркоз – большая нагрузка на сердце и организм в целом. Особенно это касается людей с тяжелыми хроническими заболеваниями, пожилых. Раньше хирурги были вынуждены отказываться в хирургическом вмешательстве таким больным. Теперь же оперировать можно практически любого пациента.

Многие люди, страдающие геморроем, мучаются годами, но не идут на операцию по причине отсутствия времени. Обследования, нахождение в больнице, восстановление – все это очень долго. Поэтому для таких пациентов новая методика – идеальный выход. Ведь с помощью Mediola compact операция делается амбулаторно. Это то, что на Западе уже давно именуют «хирургией одного дня», или «офисной хирургией», когда операция проходит так быстро и просто, что для нее можно использовать обеденный перерыв, а потом сразу вернуться к работе.

Пациенты, переживавшие операцию по поводу геморроя, знают, как длителен и неприятен период реабилитации после подобного вмешательства. Это едва ли не тяжелее, чем сама операция. Новая методика успешно справляется и с этой проблемой.

Дело в том, что любая классическая операция оставляет после себя рану. Это само по себе болезненно. Плюс наложение швов и дальнейший за ними уход. Нужно регулярно ходить на перевязки, потом снимать швы. При неправильном уходе раны могут загноиться, начнется воспалительный процесс. В общем, приятного мало.

После лазерной операции никаких ран не остается. Ткань в ходе вмешательства сразу подтягивается и зарубцовывается. Такова специфика действия лазерного луча. Это снимает вопрос наложения швов и дальнейших болезненных перевязок и заживления. Практически на нет сходит и возможность возникновения послеоперационных воспалений.

Болевые ощущения, беспокоящие пациентов после классических операций, раньше можно было снять только в условиях стационара. Для этого применялись специализированные препараты и процедуры. Конечно, и после лазерного вмешательства боль есть. Но она не идет ни в какое сравнение с ощущениями после обычной операции. И легко снимается обезболивающими, которые пациент может принимать дома.

Все врачи, работающие с лазером Mediola compact, проходят специальное обучение и получают сертификаты, дающие право оперировать по этой методике. И сертификация здесь очень строгая. Только высокопрофессиональные хирурги могут осуществлять этот вид вмешательства.

Что касается противопоказаний, то их не выявлено. Мало того, новый метод позволяет сделать операцию на любой стадии заболевания. Раньше многих пациентов специалисты были вынуждены пролечивать медикаментозно, потому что хирургическое вмешательство было им противопоказано. Теперь эта проблема снята.

Новая методика позволила решить и еще один важный вопрос. К сожалению, не секрет, что после обычных операций всегда есть тот или иной процент осложнений. Причем чаще всего они зависят не от мастерства хирурга. Вмешиваются такие факторы, как особенности организма пациента, протекание и форма заболевания. Как показывает практика, при использовании лазера осложнений практически не возникает.

У лазерной хирургии есть еще важный момент для пациента. Учитывая все расходы, связанные с классической операцией по лечению геморроя, стоимость лазерного хирургического вмешательства на порядок ниже. И это уже смогли оценить не только пациенты, но и страховые компании.

Отпадает необходимость оплаты пребывания в стационаре, длительного больничного после операции, покупки массы лекарств. И конечно, страховщики понимают, что экономически это более выгодно.

Это одна из основных областей его применения. Но на самом деле спектр действия новой методики достаточно широк. Так, например, с ее помощью можно существенно облегчить жизнь молодым мамам.

У женщин после родов часто появляются анальные трещины, полипы, свищи. Кормящая мама страдает, мучается, не может полностью сосредоточиться на малыше. Применение лазера быстро снимает проблему и не заставляет женщину надолго отрываться от ребенка.

Используется новая методика и в других отраслях медицины. Лазер применяют флебологи для лечения варикозной болезни [1]. Он воздействует точно на стенки сосудов, что дает отличный результат и хороший косметический эффект [1]. В гинекологии с его помощью проводят малые операции на шейке матки и при эрозии.

Отоларингологи используют новый лазер для операций на мягком небе, на миндалинах при ринитах, синуситах папилломатоза гортани [4–7]. В травматологии им успешно лечат ганглии – нечто вроде кисты, своеобразной суставной грыжи. В обычных условиях избавиться от нее не так-то просто. А лазер дает такую возможность. Кроме того, очень широко и с прекрасным эффектом хирургический лазер используется в офтальмологии [8–11].

Таким образом хирургический лазер Mediola Compact – техническая новинка, которая быстро и безболезненно избавляет пациента от геморроя. Кроме того, эта операция выгодна экономически.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Быков К.В. Проблемные вены // Здоровье. – 2012. – № 5. – С. 8–9.
- 2 Першин К.Б. Фемтоласик от близорукости // Здоровье. – 2012. – № 7. – С. 29.
- 3 Сомова О.В. Лазер от близорукости // Здоровье. – 2013. – № 4. – С. 32–33.
- 4 Безшапочный С.Б., Васильев В.М., Вахнина А.П. Определение оптимальных методов хирургического лечения при различных формах: локализованные гипертрофического ринита // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – 2011. – № 1, 2. – С. 19.
- 5 Джандаев С.Ж., Папулова Н.М., Исакова С.В. и др. О применении хирургического лазера в лечении верхнечелюстных синуситов // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – 2011. – № 1, 2. – С. 27.

6 Карпищенко С.А., Рябова М.А., Кучерова Л.Р. и др. Влияние рефлюкс-синдрома на течение рецидивирующего папилломатоза гортани // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – 2011. – № 1, 2. – С. 76.

7 Рябова М.А., Березкина Е.В., Шумилова Н.А. Сравнительное действие лазерного излучения и радиоволновой аппаратуры // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – 2011. – № 1, 2. – С. 157.

8 Коновалов М.Е., Макашева Е.Т., Мун И.В. и др. Бесконтактная транссклеральная лазерная циклофотокоагуляция // Офтальмологический журнал Казахстана. – 2004. – № 4. – С. 34–37.

9 Чернова О.Б., Швец Н.Д., Сорокина Н.Е. и др. Всероссийская научно-практическая конференция «Глаукома: проблемы и решения». – 2004. – С. 330.

10 Качалов А.Б. Диод – лазерная транссклеральная контактная циклокоагуляция в лечении различных форм глауком и офтальмогипертензий: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1995.

11 Мазурин И.Н. Диодный лазер в лечении больных первичной открытоугольной глаукомой: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2001.

Тұжырым

А.Б. Мухамедьярова

МЕДИЦИНА САЛАСЫНДАҒЫ НҰРЛЫ ХИРУРГИЯ

(Әдеби шолу)

Бұл мақалада медицина саласындағы көптеген ауруларды емдеуде қолданылатын тиімділігі жоғары, қауіпсіз, сонымен қатар, аурусыз хирургиялық тәсіл көрсетілген.

Summary

A.B. Muhamedyarova

LASER SURGERY IN MEDICINE

(Review of literature)

The article shows a highly effective, safe and painless surgical treatment of many diseases in medicine.

Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)

УДК 616.28

Б.К. МОЛДАХАНОВА

Городская поликлиника, г. Талдықорган

ТАЙГЕРОН И СЕРРАТА В ЛЕЧЕНИИ ЗАТЯЖНОГО КАШЛЯ
ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

(Обзор литературы)

Аннотация. В данной обзорной работе отражены безопасность и эффективность препаратов «Тайгерон» и «Серрата» в комплексном лечении затяжного кашля при воспалительных заболеваниях дыхательных путей.

Ключевые слова: затяжной кашель, верхние дыхательные пути, квантовая антиоксидантная гемотерапия, перекисное окисление липидов (ПОЛ).

Действительно, феномен затяжного кашля существует [1]. Но он связан с рядом причин. Многое зависит от того, какой инфекцией заразился человек. Существуют возбудители, которые предпочитают сразу селиться в бронхах. Они вызывают острый вирусный бронхит, который с первого дня заболевания проявляется кашлем. Именно такие вирусы часто встречались в периоды эпидемий в последние годы [1].

Вторая причина длительного кашля – неверная тактика лечения. Почти в 30 процентах случаев острый бронхит вызывают вирусы [1]. И лечить такой недуг надо противовирусными лекарствами.

Однако выявить причину кашля при простуде не так просто: нужны анализы мокроты в специальной вирусологической лаборатории. Поэтому многие люди для «подстраховки» при начавшемся кашле сразу начинают принимать антибиотики, которые на вирусы не действуют. И недельный курс приема таблеток оказывается совсем бесполезным.

Зато через пять-семь дней к вирусной инфекции может присоединиться бактериальная [1]. Тут как раз и надо начинать прием антибиотиков, но к этому моменту человек уже закончил лечение. Все эти нестыковки тоже могут стать причиной довольно длительного кашля [1].

Поэтому с любым кашлем, даже простудным и только что начавшимся, надо обращаться к специалисту. За последние три-четыре года арсенал противовирусных средств значительно пополнился. Если начать их пить вовремя, кашель исчезнет сравнительно быстро.

Еще один важный момент профилактики затяжного кашля – полноценное лечение простуды. Режим дня, пребывание в теплом помещении тоже очень важны для быстрого выздоровления.

Невыясненный острый бронхит может приводить к хроническому процессу и даже к своеобразной перестройке работы бронхов. При постоянном воспалении нарушаются их защитные функции. А значит, любое переохлаждение или встреча с вирусом будут приводить к новому обострению.

Поэтому для профилактики длительного кашля подойдут все стандартные меры предупреждения простуды: закаливание, мытье рук, маски, витамины и другие препараты для укрепления иммунитета.

Также полезно регулярно использовать увлажнитель воздуха, желательнее с ионизатором. Если нет возможности купить специальный прибор, можно обходиться домашними средствами. Увлажнить воздух помогут мокрые полотенца, которые нужно класть на батареи.

Длительный кашель после простуды может привести к развитию астматического бронхита. Астматическим бронхитом ранее называли одну из форм бронхиальной астмы. У этого недуга другие причины. Однако иногда долгий кашель является признаком так называемой кашлевой астмы. А в ряде случаев человек кашляет вовсе не из-за бронхита, а из-за воспаления в носовых пазухах и затекания в глотку их содержимого [2, 3].

Поэтому при затянувшемся кашле нужно проводить всестороннее обследование всех органов дыхания и у оториноларинголога, и у пульмонолога. Нелишними будут посещение аллерголога и анализы крови на аллергены [3]. Это окончательно прояснит ситуацию. При положительном результате на аллергены эффективны препараты последнего поколения [4].

Противокашлевые препараты необходимы только в случае остро возникшего сухого кашля. Как правило, противокашлевые средства нужны лишь в первые два-три дня простудного заболевания, а также при коклюше.

Как только кашель становится влажным, прием противокашлевых средств надо прекращать. Они начинают затруднять выведение вредных веществ из бронхов и замедляют выздоровление. По этой же причине не имеет смысла использование противокашлевых препаратов совместно с отхаркивающими травами.

При появлении влажного кашля необходимо решить вопрос о назначении антибиотиков. В ряде случаев они необходимы. Особенно важно обратиться к специалисту, когда больной откашливает обильную желто-зеленую или просто зеленоватую мокроту, а также в случае повышенной температуры тела и сильной потливости. Эти признаки могут говорить о гнойном воспалении бронхов и о том, что антибиотики пациенту необходимы.

Раньше при бронхитах всегда назначали антибиотики широкого спектра действия. Сейчас растет устойчивость микробов к лекарствам. Поэтому тактику меняют. Выбор антибиотика теперь зависит не только от заболевания. Важно то, в каком регионе человек проживает, чем он лечился до этого, и есть ли у него сопутствующие заболевания.

В разных регионах разная чувствительность бактерий к антимикробным препаратам. Поэтому подходы к лечению могут заметно различаться. Например, во Франции при бронхитах, отитах и гайморитах уже давно перестали использовать антибиотики из группы макролидов и амоксициллин. Местные врачи так увлекались назначением этих лекарств, что в наши дни антибиотики перестали действовать на французских бактерий. В нашей же стране эти средства до сих пор эффективны и широко используются!

Зато у нас есть другая проблема: у нас гораздо больше доверяют антибиотикам в инъекциях, чем в таблетках. Поэтому в простых случаях порой назначаются довольно мощные антибиотики. Это привело к тому, что к ним за последние три-четыре года резко выросла устойчивость бактерий. И людям с тяжелыми заболеваниями, например с заражением крови, нужный антибиотик подобрать все сложнее.

При бронхите необходимы препараты для разжижения мокроты. Такие средства помогают быстрее выздороветь. Они улучшают выведение мокроты, восстанавливают бронхи изнутри. Поэтому применять их можно и нужно. Причем они могут использоваться как вместе с антибиотиками, так и быть единственным лекарством при долечивании бронхита.

Использовать эти препараты лучше в ингаляциях. Если имеется ингалятор-небулайзер, то, конечно, лучше распылять лекарство с его помощью. Препарат, доставленный прямо в бронхи, действует быстрее и более целенаправленно. Но и от таблеток тоже отказываться не нужно.

Например, для препарата «Лазолван» сейчас рекомендуют применять тактику «7+7»: неделю лекарство используют в виде раствора для ингаляции, затем еще неделю – в таблетках.

Торопиться с отменой этих средств не надо. Бронхи должны восстановиться полностью, тогда вероятность повторного заболевания снижается.

Многие предпочитают лечить бронхит травами. Фитотерапию при затяжном кашле применять не обязательно. Но в ряде случаев она приносит дополнительный лечебный эффект. Особенно при кашле с трудноотделяемой и скудной мокротой. Однако растительные препараты не могут быть самостоятельным методом лечения. Они являются частью комплексной терапии бронхита. Действие растительных препаратов, как правило, непродолжительно. Поэтому обычно их принимают довольно часто и понемногу.

При кашле желательно употреблять готовые лекарственные препараты растительного происхождения. Можно доверять сборам, продающимся в аптеках, а также заваривать лекарственные травы, собранные своими руками. Но лучше не употреблять самодельные смеси, которые продают на рынках.

Помимо отхаркивающих средств, при затяжном кашле могут помочь и лекарственные растения, повышающие защитные силы организма. Женьшень, элеутерококк, родиолу розовую применяют после отмены антибиотиков, если к ним нет противопоказаний. Они хорошо влияют на иммунную систему, повышают устойчивость организма к неблагоприятным факторам внешней среды и новым инфекциям.

При этом надо помнить, что даже безопасные травы могут нанести вред. Особенно людям, имеющим аллергию на пыльцу. Поэтому аллергикам лучше вообще воздерживаться от применения растительных средств. В крайнем случае можно использовать уже проверенные препараты.

В связи этим клинические исследования по лечению респираторных инфекций продолжают развиваться с признанием новых патогенов, возникновением внебольничных эпидемий и нозокомиальных заболеваний, новых антибактериальных препаратов.

В последние годы серьезной проблемой стала широко распространенная устойчивость пневмококков к пенициллинам и макролидам, что лимитирует эффективность этих антибиотиков при респираторных инфекциях. Поэтому стало необходимо использование альтернативных антибактериальных препаратов. В отличие от других фторхинолонов, левофлоксацин имеет низкий уровень устойчивости пневмококков, в том числе штаммов, устойчивых к пенициллину. Результаты многочисленных клинических исследований зарубежных ученых показывают высокую эффективность и безопасность препарата «Тайгерон» (левофлоксацин) [5, 6, 8, 9, 10, 11, 12], который не уступает по эффективности б-лактамам антибиотикам (цефалоспорины, пенициллины) при внебольничных респираторных инфекциях – пневмонии, обострении ХОБЛ, остром синусите.

В настоящее время в лечении инфекций дыхательных путей широко применяются современные фторхинолоны, а именно «Тайгерон». Это связано с его активностью в отношении *S. pneumoniae*, в том числе множественно устойчивых штаммов. Резистентность *S. pneumoniae* к левофлоксацину в мире не превышает 1%, а среди множественно устойчивых штаммов – 2–2,7% (Fritsche TR, Sader HS, Jones RN. Potency), что подтверждается нашими данными и наблюдениями при лечении больных с затяжным кашлем при воспалительных заболеваниях дыхательных путей.

Помимо антибактериальных препаратов в лечении используют муколитики. Они способствуют разжижению мокроты, облегчают ее дренаж [5, 13]. Мы используем в своей практике современный препарат «Серрата».

Кроме того, в лечении бронхитов высокую эффективность дает квантовая гемотерапия, которая корректирует систему ПОЛ и обладает антиоксидантными свойствами [14, 15].

Таким образом, применение антибиотика «Тайгерон» и муколитика «Серрата» в комплексном лечении бронхитов, по данным зарубежных исследований, а также наших наблюдений, показало высокую их эффективность и безопасность. Кроме того, также показана эффективность квантовой гемотерапии с целью коррекции ПОЛ и антиоксидантной системы, которые играют важную роль в патогенезе бронхитов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Жылкыбаева А.Т. Особенности лечения острой респираторной инфекции у больных с аллергическими заболеваниями // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 1 (103). – С. 20–24.

2 Рязанцев С.В. Патогенетическая терапия заболеваний околоносовых пазух. – 2010. – С. 8.

3 Таукелева С.А. Новые возможности лечения хронического риносинусита // Медицина. – 2012. – № 1/115. – С. 1–8.

4 Claus Bachet, Jean Bousquet, G. Waltez Canonica и др. Левоцитеризин улучшает качество жизни и снижает стоимость длительного курса лечения персистирующего аллергического ринита // Российский аллергологический журнал. – 2007. – № 4. – С. 15–25.

5 Абдрахманова М.Т. Левошак в лечении бронхита // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 6 (108). – С. 19–23.

6 Использование левофлоксацина в лечении инфекции дыхательных путей // Химиотерапия. – 2000. – № 4. – С. 27–31.

7 Изучение активности левофлоксацина в отношении штаммов бактерий взрослых пациентов с внебольничными инфекциями нижних дыхательных путей // Антимикробная терапия. – 1999. – № 43 (4). – С. 37–42.

8 Левофлоксацин против цефуросима в лечении обострений хронического бронхита: результаты рандомизированного, двойного слепого исследования // Антимикробная химиотерапия. – 1999. – № 43 (4). – С. 529–39.

9 Новые достижения в области лечения левофлоксацином / Химиотерапия. – 2004. – № 50. – Дополнение 1. – С. 22–8.

10 Применение левофлоксацина 750 мг в лечении острых бронхитов и при обострении хронического бронхита // Eur Respir J. – 2005. – № 25 (6). – Р. 1001–1.

11 Фармокодинамика левофлоксацина у больных с обострением хронического бронхита // Грудь. – 2005. – № 128 (4). – С. 2093–8.

12 Zack P.P. Veyssier, Brumpt I. Эффективность левофлоксацина в лечении обострений хронического бронхита у больных с факторами риска // Rev Pneumol Clin. – 2004. – № 60 (5 Pt 1). – Р. 269–77.

13 Жуманкулов М.С., Шумаева А.Р., Карибаев К.Р. и др. Роль свободнорадикального окисления липидов патогенеза некоторых заболеваний // Наука и здравоохранение. – 2008. – № 3. – С. 20–22.

14 Жуманкулов М.С., Джаппарханова Б.М., Султанбеков Р.Т. и др. Квантовая гемотерапия в комплексном лечении различных заболеваний // Терапевтический вестник. – 2011. – № 2 (30). – С. 54.

Тұжырым

Б.К. Молдаханова

ТЫНЫС АЛУ ЖОЛДАРЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫ КЕЗІНДЕ СОЗЫЛМАЛЫ ЖӨТЕЛДІ ЕМДЕУДЕ ТАЙГЕРОН СЕРРАТАНЫ ҚОЛДАНУ

(Әдеби шолу)

Аталған шолу мақаласында тыныс алу жолдарының қабыну аурулары кезінде созылмалы жөтелді кешенді емдеуде Тайгерон мен Серратаны қолданудың қауіпсіздігі мен тиімділігі көрсетілген.

Summary

В.К. Moldakhanova

TAYGERON SERRATA IN THE TREATMENT OF PROLONGED COUGH IN INFLAMMATORY DISEASES OF THE RESPIRATORY TRACT

(Review of literature)

This summary shows the study of the safety and effectiveness Taygeron serrata in treatment of prolonged cough in inflammatory diseases of the respiratory tract.

У.Б. СЕИТОВА, Д.К. ЕСПЕНБЕТОВА, А.С. ЖАНДАРБЕКОВА

Городская поликлиника, г. Жетысай

ПРИМЕНЕНИЕ ЛЕВОФЛОКСАЦИНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКОГО

Аннотация. Отмечена целесообразность применения левофлоксацина в лечении обострений ХОБЛ. Препарат «Левофлоксацин» является одним из эффективных респираторных хинолонов и его применение занимает важное место в комплексной терапии обострений ХОБЛ.

Ключевые слова: хроническое обострение болезней легкого (ХОБЛ), обострение, лечение, левофлоксацин.

ХОБЛ представляет собой неуклонно прогрессирующие заболевания, для которых характерно хроническое рецидивирующее течение с периодическими обострениями. В связи с широкой распространенностью ХОБЛ прямые (медицинские) и косвенные расходы, связанные с высокой заболеваемостью и преждевременной смертностью, представляют серьезную экономическую и социальную проблему. Установлено, что пациенты с ХОБЛ переносят от одного до четырех и более обострений в течение года, из которых 75–80% имеют инфекционную природу, и именно обострения являются основным фактором, определяющим качество жизни этих пациентов, темпы прогрессирования заболевания и экономические потери, поэтому профилактика и лечение обострений являются важнейшими компонентами в программе ведения больных [1]. Антибиотики назначают только при обострении ХОБЛ, которое характеризуется усилением кашля, одышки, увеличением количества мокроты и гнойного компонента в ней. Может отмечаться повышение температуры, интоксикационный синдром. В качестве возбудителей инфекционных осложнений у больных ХОБЛ наибольшее значение имеют *H. Influenzae*, *H. Parainfluenzae*, *S. Pneumoniae* и *M. Catarrhalis*. Нередко выделяются штаммы, резистентные к β -лактамам антибиотикам, поэтому в международных протоколах по лечению обострений рекомендуется использовать ингибиторзащищенные пенициллины (ИЗП), макролиды, цефалоспорины III–IV поколений и респираторные хинолоны [2]. Респираторные хинолоны назначают, если туберкулез не обсуждается в качестве объекта дифференциальной диагностики, к ним, в частности, относится препарат «Левофлоксацин», выпускаемый в форме таблеток и раствора для инфузий.

Цель исследования: оценка эффективности левофлоксацина в лечении обострений ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование включили 25 больных: 20 мужчин и 5 женщин в возрасте от 60 до 75 лет, с продолжительностью заболевания от 10 до 20 лет. Во всех случаях левофлоксацин назначался в качестве единственного антибиотика по следующей схеме: первые 5 дней больные получали инфузии препарата по 500 мг внутривенно один раз в сутки, а затем еще в течение 5 дней – таблетки в той же дозе, один раз в сутки. Результаты лечения оценивались по срокам нормализации температуры, уменьшению симптомов интоксикации, снижению количества мокроты. В качестве группы сравнения обследованы 10 больных такого же возраста с обострениями ХОБЛ, получавших лечение ингибиторзащищенными пенициллинами и макролидами внутривенно и перорально. По результатам клинического исследования у всех больных

обеих групп диагностирована III стадия ХОБЛ. Наряду с антибактериальной терапией больным проводилась базисная терапия пролонгированными бронходилататорами в ингаляциях и таблетках и ситуационная терапия β -2-агонистами короткого действия. В качестве мукорегуляторного средства всем больным назначался ацетилцистеин.

Анализ нашего материала показал, что в группе больных, получавших левофлоксацин, стойкая нормализация температуры, уменьшение симптомов интоксикации, снижение продукции мокроты и уменьшение ее гнойного характера наблюдались в среднем на 5 дней раньше, чем в группе больных, получавших ингибиторзащищенные пенициллины и макролиды. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности левофлоксацина в лечении обострений ХОБЛ и позволяют рекомендовать данный препарат в качестве средства выбора у таких больных. Необходимым условием назначения левофлоксацина является отсутствие у пациентов рентгенологических изменений в легких, подозрительных в отношении туберкулеза, а также остаточных посттуберкулезных изменений, нуждающихся в определении активности. Ни в одном из наблюдаемых нами случаев каких-либо проявлений непереносимости и побочных эффектов препарата не отмечено.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Клинические рекомендации. Пульмонология / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 240 с.
- 2 Чучалина А.Г. Рациональная фармакотерапия при заболеваниях органов дыхания: Руководство для практикующих врачей. – М., 2004. – 873 с.

Тұжырым

У.Б. Сеитова, Д.К. Еспенбетова, А.С. Жандарбекова

СОЗЫЛМАЛЫ ӨКПЕ АУРУЛАРЫНЫҢ АСҚЫНУЛАРЫНЫҢ ЕМІНДЕ ЛЕВОФЛОКСАЦИНДІ ҚОЛДАНУ

Созылмалы өкпе ауруларының емінде левофлоксацинді қолданудың тиімділігі көрсетілген. Левофлоксацин препараты тиімді респираторлы хинолондардың бірі болып есептеледі және де оны қолдану созылмалы өкпе ауруларының асқынуларын комплексті емдеуде алатын орны ерекше.

Summary

U.B. Seitova, D.K. Espenbetova, A.S. Zhandarbekova

THE USE OF LEVOFLOXACIN IN THE TREATMENT OF EXACERBATIONS OF COPD

The desirability levofloxacin in the treatment of exacerbations of COPD. The drug levofloxacin is an effective respiratory quinolones and its application has an important place in the treatment of exacerbations of COPD.

УДК 616-08-039.73

Д.К. ЕСПЕНБЕТОВА, А.С. ЖАНДАРБЕКОВА, У.Б. СЕИТОВА

Городская поликлиника, г. Жетысай

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КАРВЕДИЛОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аннотация. Особенности патогенеза ХСН позволяют рассматривать бета-адреноблокаторы (БАБ) как один из наиболее предпочтительных классов препаратов в лечении сердечной недостаточности. Карведилол способен улучшать функцию миокарда за счет уменьшения тахикардии, торможения апоптоза и кардиотоксического действия катехоламинов, что делает его весьма перспективным для лечения пациентов с ХСН.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, лечение, карведилол.

Лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) представляет собой трудную и многоплановую задачу. В 90-х годах прошлого столетия в терапии ХСН наряду с ингибиторами АПФ стали использовать бета-адреноблокаторы (БАБ) [1]. БАБ снижают активность РААС, обеспечивают защиту миокарда от токсического действия катехоламинов. В ранней фазе ХСН БАБ оказывают отрицательное инотропное действие и незначительно снижают сократимость и сердечный выброс. Однако при этом из-за уменьшения сократимости и в результате уменьшения ЧСС БАБ снижают энергетические потребности миокарда. Это позволяет включиться в активный сократительный процесс тем кардиомиоцитам, которые были в спячке, и улучшить диастолическое расслабление остальных. В итоге зона сократительного миокарда увеличивается до 60%, и сердечный выброс начинает расти. Так объясняется парадоксальный, на первый взгляд, рост сердечного выброса у больных с ХСН при использовании препаратов с отрицательным инотропным действием. В связи с этим применение БАБ в лечении ХСН получило название «миокардиальная разгрузка» [2].

Влияние БАБ на смертность больных с ХСН оказалось столь выраженным, что теперь эти препараты считают обязательными для лечения таких больных, если нет противопоказаний. Среди известных БАБ карведилол занимает особую позицию по своим уникальным характеристикам. Являясь тотальным блокатором адренергических влияний на сердце и сосуды, карведилол вызывает положительные эффекты: вазодилатацию, антиоксидантный эффект, замедление процессов ремоделирования и улучшение диастолической функции миокарда, электрическую стабилизацию миокарда и торможение апоптоза.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности применения карведилола в суточной дозе 25 мг на фоне базисной терапии (ингибитор АПФ, диуретик, сердечные гликозиды, дезагрегант) при ХСН у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материалы и методы. На лечении находились 14 больных: 8 мужчин и 6 женщин в возрасте от 54 до 70 лет (средний возраст $56 \pm 2,5$ лет). Карведилол назначали первоначально в дозе по 3,125 мг 2 раза в сутки с последующим титрованием; через 2 недели дозу увеличивали до 25 мг/сутки. Всем больным проводились: общий анализ крови, мочи; ЭКГ; ЭхоКГ. Для определения толерантности к физической нагрузке использовали 6-минутную тест-ходьбу.

Эффективность терапии оценивали по снижению клинических проявлений ХСН и изменению показателей ЭхоКГ, толерантности к физической нагрузке. Переносимость препарата считали хорошей при отсутствии побочных эффектов, удовлетворительной при наличии побочных эффектов, не потребовавших отмены препарата, неудовлетворительной, если возникшие побочные явления потребовали отмены препарата.

Результаты и их обсуждение. По окончании 4-недельного курса лечения у больных, принимавших карведилол в сочетании со стандартной терапией, признаки ХСН уменьшились: реже беспокоили одышка, тахикардия при выполнении обычной физической нагрузки, слабость, исчезли отеки на ногах, уменьшились размеры печени. Переход из более высокого ФК в низкий в группе больных, принимавших карведилол, составил 60%. Побочного действия карведилола нами не отмечено.

Таким образом, карведилол является эффективным средством в лечении ХСН у больных, перенесших ИМ, способствующим уменьшению признаков сердечной недостаточности, улучшению показателей внутрисердечной гемодинамики. Одним из хорошо известных благоприятных эффектов длительного применения БАБ, в том числе и карведилола, считается их способность тормозить и вызывать регрессию патологического ремоделирования сердца и улучшать функцию миокарда за счет уменьшения тахикардии, торможения апоптоза и кардиотоксического действия катехоламинов. В итоге это приводит к повышению сократимости и увеличению ФВ ЛЖ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю. Принципы рационального лечения сердечной недостаточности. – М.: Медиа Медика, 2000. – 300 с.

2 Беленков Ю.Н., Мареев В.Ю., Агеев Ф.Т. Хроническая сердечная недостаточность. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – С. 195–247.

Тұжырым

Д.К. Еспенбетова, А.С. Жандарбекова, У.Б. Сеитова

СОЗЫЛМАЛЫ ЖҮРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІН ЕМДЕУДЕ КАРВЕДИЛОЛ ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ

Карведилол тахикардияны азайтудың көмегімен миокард қызметін жақсартуы мүмкін, апоптозды және катехоламиндердің кардиотоксикалық әсерін тоқтатады, ол өз кезегінде созылмалы жүрек жетіспеушілігі бар науқастарға жүргізілетін емді нәтижелі болуына әкеледі.

Summary

D.K. Espenbetova, A.S. Zhandarbekova, U.B. Seitova

EXPERIENCE WITH THE DRUG CARVEDILOL IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEART FAILURE

Carvedilol is capable of improving myocardial function by reducing tachycardia, inhibition of apoptosis and cardiotoxic action of catecholamines, which makes it a very promising treatment for patients with chronic heart failure.

ТЕПЛОВИЗОР В ДИАГНОСТИКЕ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ

Аннотация. В данной статье показан эффективный и безопасный метод диагностики заболевания вегетососудистая дистония тепловизором. Кроме того, отражены положительные результаты комплексного воздействия лазера, света и магнита на организм человека с дистонией.

Ключевые слова: тепловизор, вегетососудистая дистония, лазер, свет, магнит.

Вегетососудистый синдром – полисистемные вегетативные расстройства, возникшие в результате нарушения деятельности надсегментарных вегетативных структур. Вегетативные расстройства могут беспокоить больного на протяжении относительно длительного времени (перманентные вегетативные расстройства) или возникать эпизодически (пароксизмальные вегетативные нарушения). Вегетативные изменения очень разнообразны и могут проявляться практически во всех органах и системах организма. Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы чаще проявляются повышением частоты сердечных сокращений, ощущением пульсации, повышением или колебанием артериального давления. Со стороны системы дыхания могут наблюдаться ощущения нехватки воздуха с формированием гипервентиляционного синдрома. Со стороны желудочно-кишечного тракта нередки тошнота, позывы на рвоту, рвота, снижение аппетита, диарея или запоры, спазмы в животе. Могут встречаться и другие вегетативные проявления: повышенная потливость, озноб, ощущение жара или холода, ощущение головокружения, учащенное мочеиспускание.

Чаще всего вегетативная дисфункция сопряжена с тревогой. Непродуктивная тревога нарушает когнитивные и вегетативные процессы, ухудшает внимание и память, снижает работоспособность, повышает раздражительность, вызывает избыточное мышечное напряжение, снижает аппетит, нарушает сон [1–5].

Согласно МКБ-10 выделяют четыре типа тревожных расстройств: тревожные (паническое, генерализованное, смешанное тревожно-депрессивное расстройство), фобические (агорафобия, специфические и социальные фобии), обсессивно-компульсивные реакции на стрессовый раздражитель.

Адекватная терапия психовегетативных нарушений имеет большую социальную значимость. Так, в ряде исследований было показано, что пациенты, страдающие перманентными или пароксизмальными психовегетативными расстройствами, имеют более высокий уровень холестерина, вдвое возрастает риск развития инсульта, значительно риск возникновения гипертонической болезни, инфаркта миокарда по сравнению с общей популяцией [4–7].

Благодаря уникальному комплексному воздействию лазера, света и магнита на организм человека российским ученым удалось добиться высоких результатов в борьбе с дистонией. Многие пациенты избавляются от нее теперь навсегда [8–13].

Поставить диагноз вегетососудистая дистония и возможно, и невозможно. С одной стороны, у пациента все внутренние органы в порядке. Анализы, всевозможные исследования – от УЗИ до МРТ – в норме. С другой стороны, человеку плохо, у него

сердцебиения, слабость, ему нечем дышать, пот градом. Здоровым его никак не назовешь. А конкретной болезни нет.

Частую пациенты с настоящей вегетососудистой дистонией имеют совсем другие диагнозы, поставленные разными специалистами. Таких людей вегетологи называют «страдальцами и скитальцами». Потому что прежде чем попасть к вегетологу, они долгое время посещают вышеуказанных разных специалистов.

Вегетососудистую дистонию в настоящее время лечат антидепрессантами, так как считается, что это расстройство психики. Убирают симптомы: если у человека бессонница, дают снотворные, если сердцебиения – выписывают бета-блокаторы. На какое-то время состояние может улучшиться. Но от приема препаратов никто не выздоравливает. Нервная система не возвращается к нормальному состоянию. И действительно, возникнув однажды, это заболевание может сопровождать человека всю жизнь.

Происходит это потому, что вегетососудистая дистония – это нарушение работы вегетативных центров нервной системы. Пропуская через себя психоэмоциональное напряжение, они препятствуют повышению давления, запредельной частоте сердечного ритма. Кроме того, охраняют мозг от излишней информации: если все идет нормально, ему не обязательно воспринимать все импульсы, которые идут к нему снаружи и изнутри.

Но вегетативные нервные центры не железные. Они не все могут выдержать. Допустим, человек перенес какой-то сильный стресс, или долго находился под прессом тяжелых обстоятельств, или перенес сильные эмоциональные, интеллектуальные, физические нагрузки. Запустить патологический процесс могут длительный наркоз во время сложной операции, черепно-мозговая травма, ожоги большой поверхности тела. Работа вегетативных нервных центров иногда нарушается из-за частых простудных заболеваний, например, если человек болеет ангиной с высокой температурой 4–5 раз в год. У детей проблемы бывают из-за тяжело прошедшей беременности матери, сложных родов.

Нервные центры сначала просто «устают» от свалившейся нагрузки: на легкое раздражение они еще отвечают, а с тяжелыми уже не справляются. Если положение не изменится или даже наоборот, напряжение будет усиливаться, они окажутся на грани жизни и смерти.

Стресс, не встречая препятствий, начнет бить прямо по тому или иному органу. Если «сдался» центр, который «курировал» сердце, то возникнут запредельные сердцебиения. Если «выпадает» из активной жизни нервный узел, «заведующий» желудочно-кишечным трактом, возникнут проблемы с пищеварением. А когда дает сбой пучок нервов, призванных охранять мозг, то этот орган перегружается от потока импульсов, и человека охватывает тревога, паника или депрессия. Вот почему симптомы вегетососудистой дистонии так многообразны. Хуже всего то, что попав в состояние между жизнью и смертью, вегетативный нервный центр самостоятельно выйти из него не может.

Нервная система – это электрическая цепь. Даже если одно звено ослабевает или выпадает, то разлаживается вся конструкция. И организм приходит в плохое состояние. У человека появляются проблемы с сердцем, легкими, желудочно-кишечным трактом, эндокринной системой. У женщин нарушается менструальный цикл и может даже развиться бесплодие, поскольку в организме все взаимосвязано.

В связи с вышесказанным становится ясным, что просто лечить симптомы вегетососудистой дистонии неэффективно, поскольку ослабление нервных центров при этом не затрагивается.

Поэтому нужно определить, какие вегетативные центры пострадали. И... восстановить их работу. К счастью, состояние нервного узла «между жизнью и смертью» обратимо, если принять правильные меры.

Российские ученые с 1999 года используют для диагностики тепловизор. Это прибор, который сканирует с поверхности тела инфракрасное излучение. В результате на компьютере появляется тепловой портрет пациента, где хорошо видны патологические участки вегетативной нервной системы. Особенность организма состоит в том, что у каждого органа строго определенная температура.

Если какой-то участок тела перегревается, у здорового человека усиливается кровообращение. И благодаря этому выходит лишнее тепло. Поэтому становится ясным, что занимаются этим все те же вегетативные нервные центры. Если же они работают плохо, орган перегревается, что отчетливо отражается на тепловизоре.

Этот прибор – хорошо забытый старый. Его создали военные в 40-х годах прошлого века, чтобы иметь возможность видеть объекты в темноте. Потом он стал применяться в медицине для сканирования температуры тела. Но затем появились приборы, дающие более простые в расшифровке результаты: УЗИ, МРТ. И про тепловизор забыли.

Ноу-хау этого прибора состоит в том, что его стали использовать в вегетологии. Он совершенно безопасен. И во время лечения можно делать сколько угодно снимков, чтобы отследить динамику.

С помощью тепловизора устанавливают нервные центры, которые пострадали. Для их восстановления используют целительные свойства света, цвета, магнита, электричества. С их помощью стимулируют нервные клетки. Все эти методы лечения разрешены Минздравом России и активно используются в физиотерапевтических кабинетах.

Кроме того, используются красный, синий и фиолетовый цвета. Они все полезны, но каждый имеет свои особенности: например, красный уменьшает вязкость крови, синий хорошо помогает при воспалительных процессах. Процедура совершенно безопасна, не имеет никаких побочных эффектов. Она не противопоказана ни беременным женщинам, ни детям, ни пожилым людям.

Лазеротерапию можно проводить и на коже – она действует на глубину 4–6 сантиметров. Без всяких разрезов лазером воздействуют на те структуры, которые нуждаются в лечении.

Магниты также запускают восстановительные процессы. Эти аппараты создают специальное бегущее магнитное поле. Вначале подбирают частоту, с которой нервные центры общаются между собой. А затем ежедневно медленно меняют частоты, чтобы организм настраивался на все более и более здоровый уровень.

С помощью цветотерапии активизируются центральная нервная система, нейроэндокринные центры. Пациент надевает специальные очки, на которые подается свет того или иного цвета. Известно, что зеленый снижает сосудистый тонус, стимулирует вегетативную нервную систему, оранжевый показан при упадке сил, желтый действует на кишечную перистальтику, синий поднимает артериальное давление. Цвета и время воздействия подбираются для каждого человека отдельно.

В заключение необходимо еще раз отметить, что чем бы мы ни воздействовали на пациента, главная наша цель – стимулировать механизмы восстановления, которые имеются в клетке. То есть таким образом мы даем толчок и организм сам себя долевывает. Кроме того, такая диагностика вегетососудистой дистонии является эффективным и безопасным методом для постановки данного диагноза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Артеменко А.Р., Окнин В.Ю. Грандаксин в лечении психовегетативных расстройств // Лечение нервных болезней. – 2008. – Т. 2, № 1. – С. 24–27.
- 2 Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение // Под ред. А.М. Вейна. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003. – 752 с.
- 3 Дюкова Г.М., Саксонова Е.В., Голубев В.Л. Эффективность и переносимость грандаксина при психовегетативных расстройствах в неврологической практике // Лечение нервных болезней. – 2008. – № 1. – С. 5–13.
- 4 Колющая Е.В. Тревожные расстройства (диагностика и терапия) // Рос. мед. журн. – 2004. – Т. 132, № 15. – С. 1019–1021.
- 5 Маркин С.П., Маркина В.А., Артемов А.Н., Чуприна С.Е. Применение транквилизатора «Грандаксин» при лечении психовегетативного синдрома // Лечение нервных болезней. – 2008. – № 11. – С. 22–23.
- 6 Старостина Е.Г. Генерализованное тревожное расстройство и симптомы тревоги в общемедицинской практике // Рос. мед. журн. – 2004. – Т. 12, № 22. – С. 2–7.
- 7 Ромасенко Л.В., Кузьмичев А.В. Современные возможности терапии тревожных расстройств в общетерапевтической практике // Фарматека. – 2009. – № 10. – С. 43–46.
- 8 Сагатбеокова С.С. Квантовая гемотерапия в лечении и профилактике остроконечных кондилом // Здоровье и болезнь, 2012. – № 4 (106). – С. 39–43.
- 9 Понамаренко Г.Н. Физические методы лечения. – СПб., 2006. – 250 с.
- 10 Клячкин Л.М., Щегольков А.М. Медицинская реабилитация больных с заболеваниями внутренних органов. – М.: Медицина, 2000. – 340 с.
- 11 Аукенова Г.А. Квантовая гемотерапия в лечении и профилактике эмоциональной гипертонии // Здоровье и болезнь, 2013. – № 3 (111). – С. 28–33.
- 12 Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Еrsaханова Б.К. и др. Внутрисосудистое лазерное облучение крови при сенсоневральной тугоухости у больных гипертонической болезнью // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – 2001. – № 1–2. – С. 34.
- 13 Жуманкулов М.С., Имангалиев Е.Е., Еrsaханова Б.К. и др. Лазерная терапия и гемотерапия при бронхиальной астме с сопутствующими лор-заболеваниями // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – № 1–2. – С. 35–36.

Тұжырым

Б.К. Молдаханова

ВЕГЕТАТИВТИ-ҚАНТАМЫРЛЫҚ ДИСТОНИЯНЫ АНЫҚТАУДА ТЕПЛОВИЗОРДЫ ҚОЛДАНУ

Аталған мақалада вегетативті-қантaмырлық дистонияны анықтауда Тепловизорды қолдану арқылы диагностиканың тиімді және қауіпсіз әдісі көрсетілген. Сонымен қатар, дистониясы бар адамның ағзасына нұрдың, күннің және магниттің кешенді әсері келтірілген.

Summary

В.К. Moldakhanova

TEPLOVIZOR IN THE DIAGNOSIS OF VEGETATIVE DYSTONIA.

This article shows an effective and safe method of diagnosing a «Vegetative dystonia» with Teplovizor. Also, reflected an excellent methods of complex influence of laser, light and a magnet on the human body with dystonia.

Б.К. МОЛДАХАНОВА

Городская больница г. Талдыкорган

ХОЛЕСТЕРИН У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Аннотация. В статье показали причины, приводящие к атеросклерозу и являющиеся основной причиной развития инсульта и инфаркта у женщин. Кроме того, в данной работе приведены причины, приводящие к вышеуказанным заболеваниям у молодых женщин, и их профилактика.

Ключевые слова: холестерин, атеросклероз, инсульт, инфаркт статины, рыбий жир, морепродукты, фастфуд.

В последние годы инсульты и инфаркты теперь случаются даже у женщин в возрасте до 50 лет.

Такие пациентки действительно стали чаще поступать в стационары. При этом причина заболеваний все та же, что и в старшем возрасте, – атеросклероз сосудов [1–4].

Так например, в России от атеросклероза сосудов страдают: до 16 лет – 10%, до 45 лет – 30%.

Гормоны здесь ни при чем, они свою защитную функцию продолжают выполнять. Число женщин младше 50 лет, у которых развился инсульт, и сейчас в три раза меньше, чем мужчин. Но тем не менее и в этой возрастной группе в настоящее время отмечается рост заболеваемости [2–3].

Какую-то одну причину роста заболеваемости выделить сложно. Но несомненно, что факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у современных женщин стало намного больше. Кстати, инфаркты и инсульты «молодеют» и у мужчин. Так что эта проблема общая.

После наступления менопаузы ситуация еще больше усугубляется. Гормональная перестройка приводит к тому, что организм женщины становится абсолютно беззащитным перед холестерином. И частота инсульта у женщин становится даже больше, чем у мужчин [1–3].

Это происходит в связи с тем, что в первую очередь на состояние сосудов влияет питание. Причем сам по себе холестерин из пищи не очень-то и страшен. Яйца, творог, сливочное масло ели и наши предки. Но инфаркт у женщины в 40 лет еще полвека назад считался уникальным случаем [1–5]. Сегодня главный вред нашим сосудам наносят так называемые трансжиры, которые мы получаем с избытком. Ведь маргарин и различные обработанные растительные жиры есть практически во всех десертах, мороженом, выпечке и даже хлебе. Не менее вредны для сосудов и жареные продукты, особенно если их регулярное употребление не уравнивается достаточным количеством овощей и фруктов.

Но и это еще не все. Современные женщины, особенно в странах СНГ, много курят. А курение – мощнейший фактор риска атеросклероза. Повышают вероятность развития заболевания и частые колебания веса, когда женщина то сидит на диете, то наедается жирной пищей от души [1–3, 6–7].

На состоянии сосудов также очень негативно сказывается малоподвижный образ жизни. Доказано, что у людей с дефицитом физической активности в крови не хватает

так называемого «хорошего» холестерина. А значит, преобладает «плохой», откладывающийся на стенках сосудов.

Проблемы ранних инфарктов и инсультов касаются не только наших соотечественниц. Схожие проблемы есть у людей, проживающих в США, Мексике и многих других странах, где популярен фастфуд [3].

А реже всего умирают от последствий атеросклероза жители Японии, Норвегии и стран Средиземноморья: Франции, Греции, Италии, Кипра. В кулинарных традициях этих стран – частое употребление рыбы и морепродуктов. Европейцы из южных стран также укрепляют свои сосуды витаминами и полезными веществами из разнообразных свежих овощей, фруктов и оливкового масла [2–3, 6–7].

Для профилактики атеросклероза правильного питания и изменения образа жизни в большинстве случаев хватает. Но только если женщина еще относительно молода, у нее нормальный уровень холестерина и нет серьезных сопутствующих заболеваний [1–3, 6–9].

Совсем другая ситуация складывается, когда человек уже перенес инфаркт или инсульт. Здесь может потребоваться постоянный прием лекарств [6–7].

Настороже надо быть и тем людям, у которых есть существенные факторы риска: высокое артериальное давление, ожирение, сахарный диабет. В этих случаях помимо диетических мер нужен еще и постоянный строгий контроль уровня холестерина в крови. При отклонениях его от нормы тоже может потребоваться лекарственное лечение [6–10]. Феномен, что склонность к атеросклерозу передается по наследству, существует. Есть даже генетически обусловленное заболевание, называемое «семейная гиперхолестеринемия». При этом недуге высокий уровень холестерина отмечается у носителей определенных генов. Причем проявляться это заболевание начинает уже в младенчестве. И если не принимать никаких мер по снижению холестерина, то атеросклероз и его осложнения развиваются уже в молодом возрасте, до 30 лет [7].

Инфаркт почти всегда возникает вследствие закупорки тромбом артерии, питающей сердце. И образование этого тромба начинается на атеросклеротической бляшке, суживающей просвет сосуда. Лишь в очень редких случаях инфаркт становится следствием спазма артерий [2–5, 11].

С инсультами ситуация не такая однозначная. Иногда в головном мозге происходит разрыв сосуда – развивается так называемый геморрагический инсульт. Он может быть вообще не связан с атеросклерозом и уровнем холестерина [9].

Предпосылкой для разрыва сосуда и следующего за ним кровоизлияния в мозг может стать врожденная слабость сосудистой стенки. А непосредственной причиной – повышенное артериальное давление или удар по голове. Иногда точную причину разрыва сосуда установить не удастся. Чтобы защититься от таких кровоизлияний в мозг, очень важно контролировать уровень артериального давления [2].

В остальных случаях инсульты развиваются по тому же принципу, что и инфаркты. Их называют ишемическими. Поэтому и правила их предупреждения те же – строгий контроль за уровнем холестерина и прием лекарственных препаратов по назначению врача.

Бывает и так, что уровень холестерина не превышает норму, а сосуды все равно в плохом состоянии. Это подтверждается во время операций на сердце. И наоборот, встречаются люди, у которых при высоком уровне холестерина нет явного склерозирования сосудов. Но такое бывает нечасто [1].

Все же основополагающим моментом предупреждения атеросклероза является нормальный уровень общего холестерина и оптимальное равновесие между его «пло-

хой» и «хорошей» версиями. Если эти показатели в норме, риск возникновения инфарктов и инсультов бесспорно снижается [6–7].

Недавно много говорили о том, что в развитии атеросклероза могут участвовать какие-то вредные бактерии. Но конкретных бактерий, вызывающих этот недуг, найдено не было. Однако прослеживается четкая связь между наличием воспаления в организме и атеросклерозом. Например, у людей с хроническими инфекционными заболеваниями десен чаще развиваются инфаркты и инсульты. Считается, что инфекция провоцирует воспаление не только там, где она поселилась, но и в стенках сосудов. Поэтому одной из важных мер профилактики атеросклероза является вылечивание всех очагов хронического воспаления: гайморита, тонзиллита, больных зубов.

Еще одним новым подходом к профилактике и лечению атеросклероза является заселение кишечника полезными бактериями. Клинические наблюдения показывают, что если человек параллельно со статинами принимает пробиотики, содержащие «живые» бактерии, его уровень холестерина быстрее приходит к норме [6–7, 10].

Сейчас эта теория разрабатывается. Вполне возможно, что в схемы лечения атеросклероза теперь будут включать еще и препараты для коррекции микрофлоры кишечника.

Атеросклероз быстрее развивается у людей, в организме которых не хватает витаминов В₆, В₁₂, фолиевой кислоты и полиненасыщенных жирных кислот семейства Омега-3. А профилактика – это самое лучшее, что мы можем сделать для своего здоровья [1–3].

Чем старше человек, тем он должен бережнее относиться к себе, своему сердцу и сосудам. Ведь со временем у женщин снижается уровень гормонов, и на организм еще активнее станут действовать многочисленные вредные факторы. Так что задуматься о профилактике атеросклероза и пополнении рациона, в первую очередь, «правильными» жирами надо, даже если человеку всего лишь 30 лет [1–3, 6–7].

Особенно полезен рыбий жир. Его нужно принимать в профилактических целях еще до того, как появятся проблемы с сердцем [2–3]. Только так можно предупредить развитие атеросклероза и связанных с ним сердечно-сосудистых катастроф. На Западе рыбий жир невероятно популярен. Отрадно, что в последнее время эта «мода» в хорошем смысле слова дошла и до нас.

Только необходимо помнить, что пищевые добавки не могут быть заменой лекарствам. Поэтому специалист назначает препараты для снижения уровня холестерина, надо принимать именно их [1–3]. По поводу безопасности этих лекарств нужно помнить, что они обладают множеством серьезных побочных действий. Побочные эффекты есть почти у всех препаратов. Статины, снижающие холестерин, являются далеко не самыми опасными. Например, тот же анальгин может вызывать намного больше проблем со здоровьем. Современные статины принимают миллионы людей во всем мире. И их использование позволяет почти на четверть уменьшить смертность от инфаркта и инсульта. Так что польза от приема этих лекарств значительно превышает риск.

Тем не менее при лечении статинами надо следить за состоянием печени, периодически сдавать анализы. Если будут отмечаться какие-то отклонения от нормы, врач либо отменит на время препараты, либо посоветует лекарства, поддерживающие клетки печени.

Таким образом, профилактика и лечение атеросклероза при нынешнем уровне развития медицины возможны. И «омоложение» инфарктов и инсультов можно предупредить. Главное – разумно подходить к выбору стиля питания и образа жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Молдабаева С.Д. Роль кальция в прогнозировании развития ишемической болезни // Здоровье и болезнь. – 2013. – № 3 (111). – С. 22–28.
- 2 Молдабаева С.Д. Особенности женской гипертонии // Здоровье и болезнь. – 2013. – № 3 (111). – С. 28–33.
- 3 Керимбекова А.О. Инсульт у женщин // Здоровье и болезнь. – 2013. – № 3 (111). – С. 42–46.
- 4 Туребекова А.А. Инсульт, осложненный судорожным синдромом // Терапевтический вестник. – 2011. – № 02 (30). – С. 114–115.
- 5 Удербоева Г.К. Показатели периферической крови у больных инфарктом миокарда // Терапевтический вестник. – 2011. – № 02 (30). – С. 18–19.
- 6 Преображенский Д.В., Мараевич А.В. и др. Артериальная гипертония: профилактика и лечение // Росс. мед. журнал. – 2000. – № 8 (8). – С. 1–10.
- 7 Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии // Российские рекомендации научного общества кардиологов. – Москва, 2004.
- 8 Шынжирбекова Г.Ш. Принципы профилактики инсульта // Здоровье и болезнь. – 2012. – № 1 (103). – С. 83–84.
- 9 Коньсбекова А.У. Нарушение эластических свойств сосудов у больных артериальной гипертонией // Терапевтический вестник. – 2011. – № 02 (30). – С. 2–3.
- 10 Кобалова Ж.Д. Новое лечение артериальной гипертонии // Практикующий врач. – 2001. – 2. – С. 1–10.
- 11 Фомин В.В., Козловская Л.В. С-реактивный белок и его применение в кардиологической практике // Доказательная медицина для практикующих врачей. – 2003. – № 5. – С. 70–75.

Тўжырым

Б.К. Молдаханова

ЖАС ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ХОЛЕСТЕРИН

Аталған мақалада әйелдерде инсульт пен инфарктың дамуының негізгі себебі болатын атеросклерозға әкелетін себептер көрсетілген. Сонымен қатар, жас әйелдерде жоғарыда аталған ауруларға әкелетін себептер мен олардың алдын-алу жолдары келтірілген.

Summary

B.K. Moldakhanova

CHOLESTEROL IN YOUNG WOMEN

The article shows the reasons which lead to atherosclerosis in women, which are the major cause of stroke and heart attack in women. Additionally, this paper presents the reasons and prevention to the mentioned diseases in the organism of young women.

С.М. САРХАНБАЕВ

КГУ «АГДИИПНЗ», г. Алматы

ЛЕЧЕНИЕ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аннотация. Проведена оценка эффективности применения танакана у больных с АГ в отношении головной боли, головокружения и когнитивных расстройств. У больных с АГ применение танакана улучшает память и другие когнитивные функции, уменьшает выраженность головной боли, головокружения и эмоциональных расстройств.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, лечение, церебропротектор «Танакан».

Артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний, в экономически развитых странах она наблюдается у 25–30% взрослого населения и является одним из основных факторов риска развития сосудистого поражения головного мозга. Нормализация АД является одним из самых важных мероприятий в профилактике развития не только инсульта, но и сохранении качества жизни, в первую очередь предупреждения когнитивных нарушений у больных с АГ [1, 2]. При наличии когнитивных расстройств у больных с АГ может быть использован натуральный поливалентный церебропротектор «Танакан», который обладает антиоксидантными свойствами, способностью активировать метаболизм нейронов и тем самым способствует улучшению самочувствия и уменьшению когнитивных расстройств [3].

Цель исследования: оценка эффективности применения танакана у больных с АГ в отношении головной боли, головокружения и когнитивных расстройств.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 больных (8 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 48 до 73 лет (средний возраст 61,7±5,6 лет) с АГ 2-й и 3-й степени. Длительность АГ составила в среднем 12,7±5,3 года. Все больные предъявляли жалобы на снижение памяти, в среднем в течение 4,5 лет. Больные получали танакан в таблетках по 40 мг 3 раза в сутки во время еды в течение 8 недель. С целью нормализации АД проводилась антигипертензивная терапия антагонистами кальция дигидропиридинового ряда (амлодипин 2,5–10 мг/сут). При этом целевой уровень АД был достигнут у 60% пациентов. Объективная оценка когнитивных нарушений проводилась с помощью комплекса нейро-психологических тестов: краткая шкала оценки психического статуса, тест повторения цифр, пробы на речевую активность (тест категориальных ассоциаций), заучивание 10 слов, запоминание четырех фигур. Результаты тестирования показали объективное улучшение когнитивных функций у больных с АГ на фоне лечения танаканом. Положительная динамика когнитивных функций под влиянием терапии танаканом, наиболее вероятно, связана с благоприятным влиянием лечения на нейродинамическую составляющую когнитивной деятельности. После курса лечения у большинства больных уменьшилась выраженность не только когнитивных, но и эмоциональных расстройств, уменьшились головные боли, головокружение, шум в ушах.

Таким образом, у больных с АГ применение танакана улучшает память и другие когнитивные функции, уменьшает выраженность головной боли, головокружения

и эмоциональных расстройств. Танакан не вызывает серьезных побочных эффектов в комбинации с антигипертензивными средствами.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 368 с.

2 *Верещагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С.* Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертензии. – М., 1997. – 228 с.

3 *Захаров В.В.* Применение танакана в нейрогериатрической практике // Неврологический журнал. – 1997. – Т. 5. – С. 42–49.

Тұжырым

С.М. Сарханбаев

АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ КОГНИТИВТІ БҰЗЫЛЫСТАРЫН ЕМДЕУ

АГ бар науқастардың бас ауруы, бас айналуы және когнитивті бұзылыстарына байланысты Танаканды қолдану тиімділігіне бағалау жүргізілді. АГ бар науқастарда Танаканды қолдану есте сақтауды және де басқа когнитивті қызметтерді жақсартатыны, бас ауруын, бас айналуын және эмоционалды бұзылыстарды азайтатыны анықталды.

Summary

S.M. Sarhanbayev

TREATMENT OF COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPERTENSION

An assessment of the effectiveness of Tanakan hypertensive patients with regard to headache, dizziness, and cognitive disorders. In patients with hypertension the use of Tanakan improves memory and other cognitive functions, reduces the severity of headaches, dizziness, and emotional disorders.

А.С. ЖАНДАРБЕКОВА, У.Б. СЕИТОВА, Д.К. ЕСПЕНБЕТОВА

Городская поликлиника, г. Жетысай

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ НА ФОНЕ ОЖИРЕНИЯ

Аннотация. Особенности патогенеза артериальной гипертензии (АГ) при ожирении позволяют рассматривать диуретики как один из наиболее предпочтительных классов антигипертензивных препаратов в этом случае. Индапамид при длительной терапии не влияет на углеводный и липидный обмен, способен снижать микроальбуминурию (МАУ), что делает его весьма перспективным для лечения пациентов с АГ на фоне ожирения.

Ключевые слова: артериальная гипертензия, ожирение, лечение, гидрохлортиазид, индапамид, артериальное давление.

Одной из основных причин развития АГ, сахарного диабета (СД) 2-го типа и гиперлипидемии является ожирение [1, 2]. В существующих международных и национальных рекомендациях особенности антигипертензивной терапии при ожирении не

обсуждаются. Если в лечении АГ планируется назначение диуретиков, следует предпочесть традиционным тиазидным диуретикам (гидрохлортиазид) тиазидоподобные (индапамид), так как они лишены побочных эффектов тиазидов. Как известно, индапамид при длительной терапии не влияет на углеводный и липидный обмен, способен снижать микроальбуминурию (МАУ), что делает его весьма перспективным для лечения пациентов с АГ на фоне ожирения. Исходя из этого мы провели исследование по сравнению терапевтической эффективности и метаболической нейтральности гидрохлортиазида и индапамида.

Материалы и методы. В открытое клиническое исследование было включено 22 пациента (14 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, имеющих индекс массы тела (ИМТ) > 27 кг/м². Нарушение толерантности глюкозы определяли при ее уровне в плазме крови натощак <7 ммоль/л и после перорального приема 75 мг глюкозы >7.8 и <11.1 ммоль/л. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа принимала индапамид в суточной дозе 2,5 мг, 2-я – гидрохлортиазид в суточной дозе 25 мг на протяжении 4 недель, а затем переводилась на терапию индапамидом в суточной дозе 2,5 мг. Препараты для снижения веса ни в одной из групп не использовались. По исходным демографическим и антропометрическим характеристикам сравниваемые группы пациентов не различались между собой. Всем пациентам исходно и после курсовой терапии проводилось лабораторное обследование, мониторинг АД, эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ). Для выявления достоверности изменений до и после лечения использовали парный t-критерий Стьюдента. Статистически значимыми считали различия при значении $p < 0,05$.

Результаты исследования. Через 4 недели на фоне соблюдения рекомендаций по диете и здоровому образу жизни при лечении индапамидом наблюдалось выраженное снижение среднесуточного САД и ДАД соответственно на 12,2% и 16,4% ($p < 0,05$), а при терапии гидрохлортиазидом – на 5,6% и 8,5% ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели АД при лечении индапамидом и гидрохлортиазидом

Показатель	Индапамид (исходно/ 4 недели терапии/ недель лечения)	Гидрохлортиазид (исходно/ 4 недели терапии/ переход на индапамид)
САД, мм рт. ст.	156,2±5,8/ 135,1±3,9*/ 133,3±3,3*	152,5±5,2/ 145,7±4,8*/ 132,2±3,3*
ДАД, мм рт. Ст	94,1±3,2/ 78,9±2,8*/ 75,2±2,7*	96,2±3,2/ 88,9±3,1*/ 76,3±2,9*

* – $p < 0,05$ по сравнению с исходными значениями

Целевой уровень АД был достигнут у 58% пациентов, принимавших индапамид, и 42%, принимавших гидрохлортиазид. Снижение АД наблюдалось на фоне уменьшения ИМТ пациентов в группе индапамида на 1,8 кг/м² ($p < 0,05$) и в группе на гидрохлортиазиде на 1,6 кг/м² ($p < 0,05$). На фоне терапии индапамидом было отмечено достоверное снижение триглицеридов на 20,5% ($p < 0,05$) и уровня глюкозы в крови натощак и после нагрузочного теста на 10,7% и 13,1% ($p < 0,05$) соответственно. В группе пациентов, получавших гидрохлортиазид, наоборот, наблюдалось повышение уровня

глюкозы в крови натощак и после нагрузочного теста соответственно на 4,5% ($p > 0,05$) и 11,2% ($p < 0,05$). Статистически значимые изменения других показателей липидного обмена в группе индапамида и гидрохлортиазида отсутствовали.

Результаты и их обсуждение. Монотерапия индапамидом позволяет добиться целевого уровня АД у значительно большего числа пациентов с ожирением и АГ, чем лечение гидрохлортиазидом в дозе 25 мг в сутки. Очень важным является тот факт, что индапамид благоприятно влиял на показатели липидного и углеводного обмена, в то время как гидрохлортиазид усугублял выраженность гипергликемии. Оба сравниваемых препарата практически одинаково снижали величину ИМТ. Полученные результаты позволяют однозначно говорить о индапамиде как о препарате выбора среди диуретиков для лечения АГ при ожирении.

Выводы. Терапия индапамидом у больных с АГ и ожирением позволяет достичь целевого АД на 15% чаще, чем лечение гидрохлортиазидом в суточной дозе 25 мг. Индапамид положительно влияет на уровень триглицеридов и глюкозы крови. Перевод пациентов с гидрохлортиазида на индапамид позволяет в значительной степени нивелировать ранее полученные негативные эффекты гидрохлортиазида на липидный, углеводный обмен, уровень калия и достичь более выраженного антигипертензивного эффекта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Клинические рекомендации. Кардиология / Под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640 с.
- 2 Шулуток Б.И. Артериальная гипертензия. – 2001. – 382 с.

Тўжырым

А.С. Жандарбекова, У.Б. Сеитова, Д.К. Еспенбетова

СЕМІЗДІК КЕЗІНДЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВТІ ТЕРАПИЯ

Семіздік кезінде АГ патогенезінің ерекшеліктері диуретиктерді антигипертензивті препараттардың ішінде ең тиімдісі ретінде қарастыруға мүмкіндік береді. Индапамид ұзақ емдеу кезінде көмірсу және май алмасуына әсер етпей, микроальбуминурияны төмендетеді, ол өз кезегінде науқастарға жүргізілетін емді нәтижелі болуына әкеледі.

Summary

A.S. Zhandarbekova, U.B. Seitova, D.K. Espenbetova

ANTIHYPERTENSIVE THERAPY AGAINST OBESITY

Pathogenesis of hypertension in obesity, diuretics can be considered as one of the most preferred classes of antihypertensive drugs in this case. Indapamide during prolonged therapy has no effect on carbohydrate and lipid metabolism, is able to reduce microalbuminuria, which makes it a very promising treatment for patients with hypertension by obesity.

УДК 614.2-057.75 502 (1-21)

Р.З. ИГСАТОВ, Г.С. ГУМАРОВА, Ж.Ш. ОТАРБАЕВА, А.Н. КАПАЛБЕКОВА,
А.И. БЕКПАСЫНОВА, А.У. АЛТАЕВА

Школа общественного здравоохранения КазНМУ, г. Алматы

ВЛИЯНИЕ ГОРОДСКОЙ СРЕДЫ МЕГАПОЛИСА НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА

Аннотация. В статье представлены данные о влиянии неблагоприятных факторов окружающей среды на здоровье взрослого трудоспособного населения и детей. Автор предлагает провести оценку гигиенического неблагополучия факторов риска мегаполиса в нанометровом диапазоне и определить их влияние на хроническую заболеваемость пенсионеров.

Ключевые слова: пенсионеры, хронические болезни, наночастицы, нанотехнологии, свободные радикалы.

Человечество с 1984 года постоянно встречается с 60 тысячами химических природных и антропогенных соединений, из которых 1500 входят в состав пестицидов, более 3000 применяются в качестве пищевых добавок, около 4000 – в виде синтетических химических лекарственных средств. Ежегодно в мире разрабатывается свыше 1000 новых химических соединений, общее число которых на сегодня превышает 5 млн [1].

В Казахстане высокие темпы развития промышленности, энергетики, транспорта, химизации сельского хозяйства и быта, а также урбанизации привели к увеличению промышленных, сельскохозяйственных, транспортных, бытовых и других отходов, интенсивно загрязняющих различные объекты окружающей среды, прежде всего атмосферу. Наибольший удельный вес в загрязнении атмосферного воздуха приходится на долю окиси углерода, соединений серы, окислов азота, углеводородов, взвешенных частиц и соединений тяжелых металлов. При этом большая часть взрослого населения в стране проживает в экстремальных и экологически неблагоприятных регионах, где они в течение всей жизни подвергаются неблагоприятному длительному воздействию высокотоксичных химических и биологических наночастиц [2, 4].

Различными авторами проводились исследования влияния внешних факторов на здоровье сельского и городского трудоспособного населения, а влияние гигиенических нанофакторов риска мегаполиса на здоровье пенсионеров целенаправленно не проводилось.

Теоретического обоснования влияния и роли неблагоприятных гигиенических нанофакторов риска мегаполиса на развитие хронической заболеваемости лиц пенсионного возраста, а также применения нанотехнологий для снижения хронической заболеваемости у городских пенсионеров в доступной литературе нет.

Цель исследования: выявить ведущие внешние неблагоприятные нанофакторы, способствующие росту хронической заболеваемости пенсионеров и роль нанотехнологий в профилактике хронической заболеваемости среди пенсионеров.

Материалы исследования. Научные публикации по проблеме.

Методы исследования. Аналитическое исследование.

Результаты исследования. В мегаполисах автомобильный транспорт является основным источником загрязнения воздушной среды, что обусловлено рядом отличич-

тельных особенностей: численность автомобилей в крупных городах быстро увеличивается; автотранспорт – движущийся источник загрязнения воздуха, жилых районов и мест отдыха населения; автомобильные выбросы распространяются на уровне дыхания людей; рассеяние автомобильных выбросов в условиях городской застройки затруднено. В отношении состава выхлопных газов автотранспорта необходимо сказать, что автомобили, в силу конструктивных несовершенств и дефектов эксплуатации, выбрасывают в воздушный бассейн угарный газ, окись азота, углеводороды, окись серы. Указанные изменения природной среды оказывают негативное влияние на здоровье людей [3].

Теплоэлектростанции являются еще одним из источников загрязнения атмосферного воздуха в крупных городах. Топливом на ТЭЦ служит уголь, при сжигании которого выделяются в атмосферу газообразные вещества. Газообразные продукты сжигания угля также содержат окислы серы, окислы азота, двуокись углерода [3].

Опасность влияния загрязненного атмосферного воздуха на здоровье населения заключаются в следующем:

1. Отмечается постоянное увеличение объемов загрязнения воздуха.
2. Разнообразие загрязнений.
3. Необычность многих загрязнений для человеческого организма, перед которыми организм человека беззащитен.
4. Особая опасность ингаляционного пути поступления [3].

В результате хозяйственной деятельности человека в отдельных областях республики сформировались природно-техногенные биогеохимические провинции: нефтегазовая, свинцово-цинковая, мышьяковая, хромовая, фосфорная и другие. Этому способствовало отсутствие единой природоохранной политики, внедрение неэкологических технологий, непродуманное введение в хозяйственный оборот водно-земельных ресурсов, грубые просчеты в проектировании ряда промышленных и природоохранных объектов и т. д. Например, неразумное регулирование стока рек Сырдарьи и Амударьи привело к резкому осложнению экологической обстановки в регионе Аральского моря. Уровень его к настоящему времени катастрофически снизился, солевая пыль с высохшего дна моря, поднимаемая и разносимая ветром, приводит в негодность плодородные земли. Вода высокоминерализована, непригодна для питья. Все это способствует росту общей заболеваемости и смертности населения, в этом числе и детского [5].

По степени и масштабности отрицательного воздействия экологических факторов на здоровье населения одно из ведущих мест в республике занимает регион бывшего Семипалатинского ядерного полигона [2].

Предприятия черной и цветной металлургии выбрасывают в атмосферу с газами доменную пыль, сернистый газ, окись углерода, окись азота, фенолы, мышьяк, свинец, фтористые соединения, окислы тяжелых металлов [3].

В организм человека в течение всей жизни из природных объектов окружающей среды (вдыхаемого атмосферного воздуха, питьевой воды) поступают полезные для организма наночастицы (НЧ): атомы и молекулы азота, водорода, кислорода и воды. В организме человека постоянно находятся НЧ как в виде свободных радикалов (СР), так и в виде белков, вирусов (размерами до 20 нм), атомами и молекулами размерами до 1 нм, ДНК (радиус двойной спирали 2 нм). Однако антропогенная деятельность человека изменила окружающую среду и из нее теперь поступают в организм человека высокотоксичные промышленные газообразные НЧ (сернистый газ, окись углерода, окись азота, фенолы, мышьяк, свинец, диоксиды серы), размеры которых составляют от 0,1 до 100 нм. Токсичные НЧ оказывают вредное воздействие на здоровье населе-

ния, что приводит к непрерывному росту уровня свободных радикалов (СР) в организме здорового и больного, которые повреждают мембраны митохондрий и гены ДНК. СР разрушают также белки, ферменты, гормоны [4].

СР относятся к НЧ и непрерывно поступают из окружающей среды в организм человека, оказывая существенное влияние на процесс хронической заболеваемости. СР являются причиной ряда хронических неинфекционных заболеваний, в т. ч. болезней сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, катаракты, онкологических заболеваний, болезни Альцгеймера и др. [4].

На наш взгляд, адекватным решением проблемы профилактики хронических болезней является применение нанотехнологий (НТ). НТ – самая передовая технология в современной медицине, которая при работе с химическими веществами на уровне нанометрии позволит на основе разработки управляемой НТ манипулировать нано-объектами (отдельными молекулами белков, ферментов, возбудителями болезней, молекулами СР), осуществлять мониторинг здоровья человека на ранних стадиях развития хронического заболевания среди населения различного возраста [4].

Таким образом, по данным исследований различных авторов установлено, что неблагоприятные факторы окружающей и производственной среды влияют на здоровье взрослого трудоспособного населения и детей. Однако результатов исследований влияния неблагоприятных гигиенических нанофакторов риска окружающей среды мегаполиса в нанодиаметровом диапазоне или влияния свободных радикалов на здоровье пенсионеров нет.

Следовательно, необходимо проведение целенаправленных исследований гигиенических нанофакторов риска мегаполиса в нанометровом диапазоне (атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы), выявить источники вредных НЧ, в том числе свободных радикалов и их влияние на здоровье пенсионеров.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Плитман С.И. и др. О комплексной оценке гигиенического неблагополучия территорий // Гигиена и санитария. – 1996. – № 3. – С. 36–38.
- 2 Кулманов М.Е., Сакбаев О.С. Проблемы экологии и здоровья населения в КазССР // Матер. науч.-практ. конф. – Чимкент, 1990. – С. 99–100.
- 3 Пивоваров Ю.П. и др. Гигиена и основы экологии человека. Серия «Учебники и учебные пособия». – Ростов-н/Д: Феникс, 2002. – 512 с.
- 4 Игсатов Р.З., Рахшиева З.А. Свободные радикалы – интегральный фактор прогрессирования процесса старения населения Казахстана // Вопросы морфологии и клиники. – Алматы, 2011. – Вып. 39. – С. 32–35.
- 5 Сидоренко Г.И. и др. Методические аспекты изучения и оценки состояния здоровья населения // Гигиена и санитария. – 1997. – № 2. – С. 55–58.

Тұжырым

Р.З. Игсатов, Г.С. Гумарова, Ж.Ш. Отарбаева, А.Н. Қапалбекова, А.И. Бекпасынова, А.У. Алтаева

ЗЕЙНЕТКЕР ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ҚАЛАЛЫҚ МЕГАПОЛИСТІҢ ӘСЕРІ

Аталған мақалада қоршаған ортаның жағымсыз әсерінің егде жастағы еңбекке жарамды адамдар мен балалардың денсаулығына әсері көрсетілген. Мақала авторлары нанометрлі диапазонда мегаполиске гигиеналық нанофакторлардың қауіп-қатеріне зерттеу жасап, олардың зейнеткерлердің денсаулығына әсерін анықтауды ұсынып отыр.

Summary

P.Z. Igsatov, G.S. Gumarova, J.Sh. Otarbaeva, A.N. Kapalbekova, A.I. Bekpasynova, A.U. Altaeva

THE INFLUENCE OF THE URBAN ENVIRONMENT ON THE HEALTH OF THE METROPOLIS OF PENSIONERS

The article presents data on the impact of environmental factors on the health of the adult working age population and children. The author proposes a study of hygienic nanofactors risk metropolis in the nanometer range and to determine their impact on the health of senior pensioners.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 616.97

Г.К. КАУСОВА, А.У. ЕМБЕРДИЕВ, Д.Э. КОРГАНБАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЗА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

(Обзор литературы)

Аннотация. Исследования авторов показывают, что больные псориазом не используют в достаточной мере правильный образ жизни как фактор, улучшающий состояние их здоровья и снижающий проявления основного заболевания.

Ключевые слова: кожно-венерологический диспансер, псориаз, заболеваемость населения, социологический опрос.

В Послании Президента Республики Казахстан «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г. указано, что главным в государственной политике в сфере здравоохранения должны стать мероприятия по улучшению здоровья населения [1]. Развитие РК и благосостояние напрямую зависят от состояния здоровья населения в целом, и каждого человека в частности. В настоящее время наблюдается рост показателей заболеваемости и инвалидности населения, в том числе обусловленные болезнями кожи и подкожной клетчатки. Анализ отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме свидетельствует о распространенности данной патологии в мире [2, 3, 4], в том числе и в Казахстане. В Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы заболевания кожи и подкожной клетчатки занимают высокое пятое место и составляют 6% среди всех заболеваний [5]. При этом следует отметить хронический характер этих заболеваний при постоянно возрастающей общей и первичной заболеваемости населения республики [2, 3]. Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки с 2008 по 2010 гг. находится практически на одном уровне, не снижаясь. В последние годы в РК отмечается рост заболеваемости населения псориазом (табл. 1). При этом, в 2009 г. высокая заболеваемость псориазом отмечена в Западно-Казахстанской (124,3), превысив республиканский уровень почти в 3 раза,

Атырауской (69,2) и Жамбылской (61,1) областях на 100 тыс. населения; в 2010 г. высокие показатели заболеваемости псориазом отмечены в Костанайской (72,4), Западно-Казахстанской (72,3), Южно-Казахстанской (69,6) и Восточно-Казахстанской (62,9) областях; в 2011 г. наиболее высокие показатели заболеваемости псориазом отмечены в Восточно-Казахстанской (80,3), Жамбылской (72,2) и Западно-Казахстанской (69,1) областях на 100 тыс. населения.

Таблица 1 – Динамика псориаза в РК (на 100 000 человек) за 2009–2011 гг.

Наименование областей	2009		2010		2011	
	абс.	на 100 тыс. чел	абс.	на 100 тыс. чел	абс.	на 100 тыс. чел
Республика Казахстан	7159	45,4	7805	47,8	7301	44,7
Акмолинская	182	24,5	184	25,1	188	25,6
Актюбинская	333	46,8	475	61,6	337	43,7
Алматинская	549	32,9	1010	54,4	247	13,3
Атырауская	347	69,2	86	16,3	239	45,4
Восточно-Казахстанская	696	49,1	879	62,9	1123	80,3
Жамбылская	630	61,1	623	59,9	751	72,2
Западно-Казахстанская	769	124,3	438	72,3	419	69,1
Карагандинская	487	36,2	596	44,2	782	57,9
Кызылординская	256	39,9	138	19,9	239	34,4
Костанайская	482	54,2	639	72,4	540	61,2
Мангыстауская	126	29,6	80	15,6	73	14,2
Павлодарская	434	58	269	36,1	161	21,6
Северо-Казахстанская	230	35,5	222	37,6	223	37,7
Южно-Казахстанская	1361	57,1	1768	69,6	1522	59,9
г. Астана	170	26,6	244	36,3	76	11,3
г. Алматы	107	7,8	154	11	381	27,2

Качество жизни пациентов с псориазом изучается уже более десятка лет, и в процессе изучения открываются все новые и новые аспекты этой проблемы, что требует разработок новых подходов по повышению качества жизни больных с псориазом. Как сообщает Ногн Е.Д. (1999), Национальный псориазический фонд США регулярно два раза в год начиная с 2003 года проводит специальный скрининговый опрос большой группы больных псориазом и псориазическим артритом в рамках изучения их качества жизни. Две трети респондентов страдают только псориазом и одна треть имеет еще и псориазический артрит. По данным этих опросов, в целом псориаз оказывает значительное ухудшающее воздействие на качество жизни пациентов. В частности, 50% опрошенных страдают сильным чувством озлобления и фрустрации, беспомощности и собственной недооценки; они испытывают проблемы, связанные с нарушением сна, поражением открытых участков тела, длительным нахождением в сидячем или стоячем положении, проблемы, связанные с сексуальными отношениями и др. 1/3 больных считает псориаз их самой большой проблемой каждодневной жизни, в том числе в

связи с потерей трудоспособности, неудачами в карьере и т. д. Все эти данные диктуют клиницистам необходимость учитывать ущемленность качества жизни их пациентов при индивидуальном выборе терапевтических подходов. То есть, организовывая терапевтическую программу для конкретного больного, необходимо предусматривать в ней мероприятия, направленные и на повышение качества жизни этого конкретного пациента в том числе. С этими целями Korte J. (2005) предлагает специальную программу т. н. «менеджмента заболевания», которая включает индивидуальный образовательный компонент, бытовой тренинг и психологическую поддержку по показаниям. Изучение качества жизни при псориазе касается сегодня не только самого пациента, но становится также предметом исследования психологического здоровья людей, находящихся в окружении больного, в первую очередь его семьи. В одном из таких исследований (Eghlileb A. с соавт., 2000) было проинтервьюировано 19 членов семьи и 14 ближайших партнеров, 33 больных псориазом и обнаружен весьма серьезный «вторичный» эффект псориаза на качество жизни окружающих. Так, 73% опрошенных находились под психологическим давлением тревоги и беспокойства по поводу будущего своих больных родственников, 51% указывали на некую социальную дезадаптацию, 36% испытывали ограниченность в своей ежедневной активности, у 30% отмечались нарушения в сексуальной сфере, у 15% ухудшились межличностные отношения и 9% указывали на возникновение финансовых трудностей в связи с лечением родственника. Эти неожиданные результаты, по мнению авторов, ведут к необходимости разработки новых стратегий, направленных на такой скрытый «вторичный» эффект псориаза (Basra M. с соавт., 1999).

В опросе Американского национального фонда страдающих псориазом, который проводился в 2008 году и охватил 426 больных псориазом, 71% больных сообщили, что болезнь является серьезной проблемой их повседневной жизни. Более половины больных отметили существенную фиксацию на своем внешнем виде (63%), страх плохо выглядеть или быть отвергнутым окружающими из-за наличия псориаза, чувство неловкости, стыда или стеснения в социальных ситуациях (58%). Более одной трети пациентов сообщили, что с началом или прогрессированием болезни стали избегать социальной активности и общения с людьми или ограничили поиск партнеров и интимные отношения из-за болезни (Basra M. с соавт., 1999).

Что касается и Казахстана, в частности г. Алматы. Нами был проведен социологический опрос среди больных псориазом (130 человек), обращающихся за медицинской помощью в кожно-венерологический диспансер (КВД) г. Алматы.

Были рассмотрены различные аспекты социальных характеристик образа жизни лиц трудоспособного возраста, больных псориазом. Анализ заболеваемости псориазом в г. Алматы показал распространенность обычного вульгарного псориаза среди трудоспособного населения города (64%), преобладание среди больных псориазом трудоспособного возраста лиц мужского пола (55%). Состояли в браке только 42%, а значительное большинство респондентов не имеют полноценной семьи: практически половина опрошенных разведена (48%) или сами воспитывают ребенка (10%), при этом доля разведенных одинакова как среди мужчин, так и среди женщин, а среди состоящих в браке превалирует мужское население. При исследовании респондентов по уровню образования было отмечено, что 34% имеют высшее образование, лиц со средним специальным образованием 37%, а лиц со средним и незаконченным средним образованием 29%. Исследование социального статуса больных псориазом показало, что являются рабочими 47,8%, служащими – 32,9%, учащимися – 10% и пенсионерами – 9,3%. Таким образом, 81% опрошенных активно заняты в общественном производстве.

Дебют заболевания и рецидивы у 96% больных связаны с психоэмоциональными нагрузками: на первом месте – эмоциональное напряжение, на втором – хронические стрессовые ситуации (ссора с близкими, развод, кредит, болезнь родственников и т. д.), на третьем – психические травмы. 67% респондентов указали на наличие псориаза у ближайших родственников (мать, отец). Пик появления первых признаков заболевания у 48% мужчин наблюдался в возрасте 25–35 лет с вероятностью 99%, а у 54% женщин – в возрасте от 16 до 25 лет. Длительность псориаза составляет от 3 до 10 лет (42%); продолжительность заболевания от 10 до 15 лет имела место у каждого четвертого (25%). Качество жизни больных зависит от кожных проявлений псориаза, которые оказывают влияние на настроение пациентов: 42% опрошенных испытывают подавленное состояние, 35% застенчивы, а 24% замкнуты; 44% мужчин стесняются своего заболевания, а 49% женщин испытывают чувство подавленности. Субъективные ощущения в виде зуда, чувства жжения, болезненности в высокой степени выраженности отметили 33% больных. Зависимость выбора одежды от кожных проявлений псориаза существует, ее отметили половина опрошенных женщин (49%) и мужчин (51%). Были вынуждены пропускать работу или учебу более половины женщин (61%), в то время как мужчины в 90% случаев не делали этого. Частые проблемы во взаимоотношениях в семье и с посторонними отметили 46% больных обоих полов. Только 12% пациентов получили рекомендации обратиться за психотерапевтической помощью; при этом 82% не обращались к психотерапевту никогда. В целом указанное свидетельствует о том, что больные псориазом не используют в достаточной мере правильный образ жизни как фактор, улучшающий состояние их здоровья и снижающий проявления основного заболевания, а больше замыкаются, сталкиваясь с проблемами в общении из-за кожных проявлений псориаза [6].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана / Послание Президента Республики Казахстан. – Астана. – 27 января 2012 г.
- 2 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году // Статистический сборник. – Астана–Алматы, 2011. – 312 с.
- 3 О здоровье народа и системе здравоохранения. Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 г.
- 4 *Владимиров В.В.* Диагностика и лечение кожных болезней. М., 1995.
- 5 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы.
- 6 www.parad.com.

Тұжырым

Г.К. Каусова, А.У. Ембердиев, Д.Э. Корганбаева, А.Н. Нурбакыт

ПСОРИАЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДЫҢ ӨМІР САЛТЫНЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК СИПАТТАМАСЫ

(Әдеби шолу)

Псориазбен ауыратын науқастарға жүргізілген зерттеулер, науқастардың басым көпшілігінің олардың денсаулық жағдайын жақсартушы және негізгі ауруын бәсеңдетуші фактор ретінде жеткілікті деңгейде өмір салтын ұстанбайтындықтары анықталыны. Науқастар терілеріндегі ақаулардан ұялып, адамдармен қарым-қатынаста бола алмайды.

Summary

G.K. Kausova, A.U. Emberdiev, D.E. Korganbayeva, A.N. Nurbakyt

SOCIAL CHARACTERISTIC OF A WAY OF LIFE OF PATIENTS WITH PSORIASIS

(Review of literature)

Research of patients by psoriasis testifies that the majority of patients don't use adequately a way of life as a factor improving a condition of their health and reducing manifestations of the main disease and become isolated, facing problems in communication because of skin manifestations of psoriasis.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 616.43/576.314

А.Н. АРАЛБАЕВА, А.Қ. ҚАЙЫНБАЕВА, М.Қ. МЫРЗАХМЕТОВА

Адам және жануарлар физиологиясы институты, Алматы қаласы

ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫ ДИАБЕТ КЕЗІНДЕГІ ЕГЕУҚҰЙРЫҚТАРДЫҢ КЛЕТКА МЕМБРАНАСЫ КҮЙІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Аннотация. Мақалада эксперименталды қант диабеті жағдайында маңызды органдардағы асқын тотығу үдерістері мен эритроциттердің мембрана күйін зерттеу нәтижелері келтірілген.

Түйін сөздер: Эксперименталды қант диабеті, гипергликемия, бос радикалды реакциялар, липидтердің асқын тотығу үдерісі, эритроцит мембранасының күйі.

Қант диабеті (сусамыр) – кең тараған эндокринді кеселдердің бірі болып табылады. Тәжірибе жүзінде және клиникалық зерттеулердің нәтижесінде диабеттің туындап, қалыптасуының негізінде тотығу стресі жатады. Тотығу стресіне тән бос радикалдардың түзілуі, клетка мембраналары липидтерінің асқын тотығу үдерістерінің асқинуы, мембранамен байланысқан ферменттердің белсенділігінің төмендеуі қант диабетінің ауыртпашылығын тереңдете түседі. Қант диабетінің проблемасы көптеген зерттеу жұмыстарында көтерілгенімен әлі күнге дейін өзінің өзектілігін жоғалтқан жоқ [1–3].

Зерттеу материалдары мен әдістері.

In vivo жағдайындағы тәжірибелер салмағы 300±50 г 90 ересек аталық егеуқұйрықтарға жасалды. Жануарлар стандартты виварий жағдайында ұсталды. Қант диабеті эксперименталды жағдайда жануарларға интраперитонеалды жолмен дене салмағына шаққанда 65 мг/кг мөлшерде стрептозотин препаратын бір рет егу арқылы туғызылды. Инъекция жасалған күннен кейін 7 тәулік ішінде сусамыр кеселі пайда болды. Тәжірибенің басы мен аяғында қандағы глюкоза мөлшері Accu-check Aktive глюкометрдің көмегімен өлшенді.

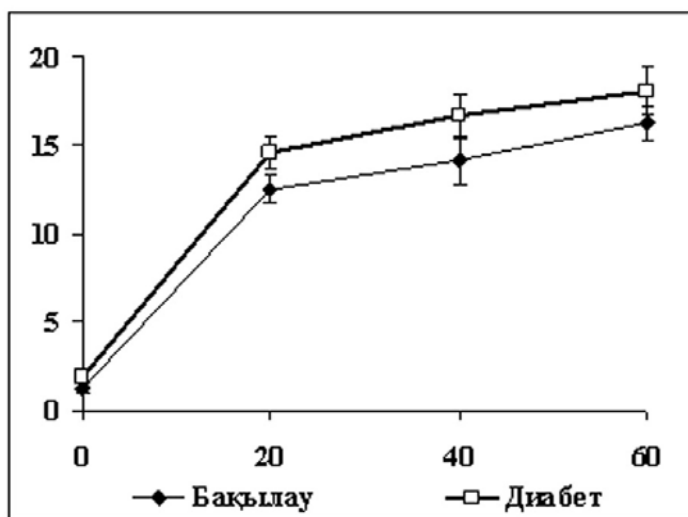
Бауыр, бүйрек және ми микросомалары белгілі әдіс арқылы бөлініп алынды [4]. Микросомалардағы липидтердің асқын тотығу қарқындылығы (ЛАТ) тиобарбитур қышқылы (ТБК) белсенді өнімдерінің мөлшерімен бағаланды. Малон диальдегидінің (МДА) концентрациясын Н.О. Ohkawa e.a. [5] әдісі бойынша байланысты анықталды.

Эритроциттерді бөліп алу. Қанды 1000 g жылдамдықпен центрифугада 10 минут айналдыру арқылы эритроциттер бөлініп алынды. Плазма мен қанның ақ клеткаларын бөліп алып, құрамында 150 mM NaCl, 5 mM Na₂HPO₄ (pH-7,4) бар буферлі инкубация ортасы (ИО) ерітіндісімен эритроциттер екі қайтара шайылды. Эритроциттердің

осмоустық резистенттілігі натрий хлоридінің гипотониялық ерітінділерінде (0,35–0,5 г/100мл, 4М) 20 мин су моншасында 37°C температурада қыздырылып анықталды. Эритроциттер мембраналарының өткізгіштігі мочевиана және NaCl ерітінділерінің көмегімен зерттелді [6].

Нәтижелерді талқылау.

Біздің зерттеулеріміздің нәтижелері көрсеткендей қант диабетінің белең алуы липидтердің асқын тотығу үдерістерінің қарқындылығын арттыра түседі. Тәжірибе жүзінде алынған мәліметтерді сараптай келе, ми микросомаларында МДА бастапқы көрсеткіштерінің бақылаумен салыстырғанда 1,5 есе артатынын байқауға болады. ЛАТ процестерін Fe²⁺/аскорбат жүйесінің көмегімен 60 минут аралығында индукциялау нәтижесінде бақылау тобы мен тәжірибелік топ жануарларының ми микросомаларында ТБҚ-на сезімтал өнімдер мөлшерінің жоғарылауы анықталды. Дегенмен, бақылау тобына қарағанда, эксперименталды диабет туғызылған егеуқұйрықтар миында ЛАТ өнімдерінің жинақталу қарқындылығы 11% жоғары болған (сурет 1).



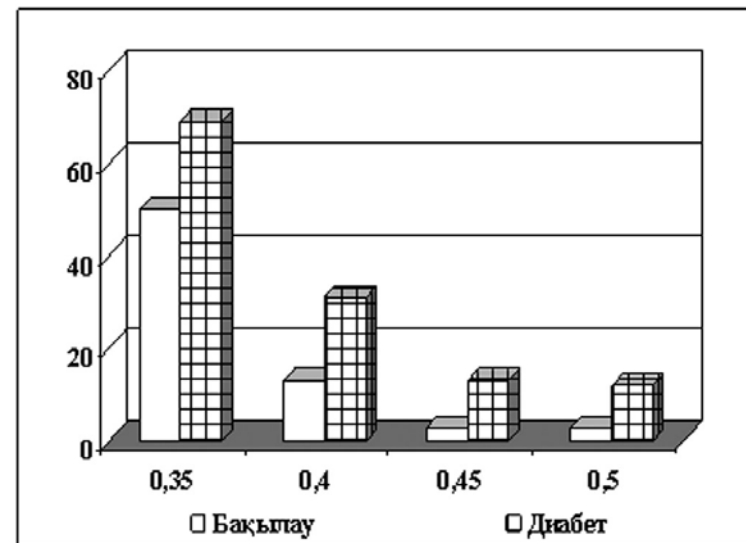
Абсцисс осімен: ЛАТ үдерістерінің индукция уақыты, минут; ординат осімен: МДА мөлшері, мг/ мг белок (p≤0,005)

Сурет 1 – Қант диабеті кезіндегі ми микросомаларындағы ЛАТ үдерісі

Қант диабеті кезіндегі гепатоциттердегі және бүйрек микросомаларындағы ЛАТ үдерістерінің ерекшеліктерін зерттеу нәтижесінде ұқсас мәліметтер алынды. Бауыр клеткаларындағы малон диальдегидінің бастапқы мөлшерлері диабет жағдайында бақылаудан 1,4 есе, бүйрек микросомаларында 1,2 есе артық болса, ЛАТ үдерістерінің 60 минуттық индукциясынан кейінгі асқын тотықтық өнімдердің концентрациясы бақылаумен салыстырғанда бауырда 45%, ал бүйректе 21% жоғары болды.

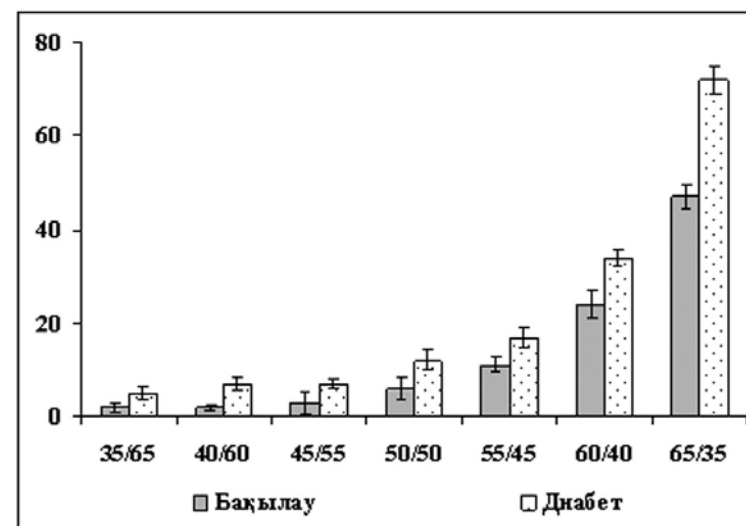
Қант диабеті жағдайында эритроцит мембраналарының күйін зерттеу нәтижелері 2–3 суретте бейнеленген. 2-суретте көрсетілгендей эксперименталды қант диабеті жағдайында NaCl гипотониялық ерітінділерінде эритроциттердің гемолиз деңгейі бақылаумен салыстырғанда 2 есе жоғарылады.

Клетка мембранасының аса маңызды ерекшелігі оның таңдамалы өткізгіштігі болып табылады. Биомембраналар құрылымының бұзылуы оның қасиеттерінің өзгеруіне әкеліп соқтырады. Нәтижесінде клетка өзінің қызметін қалыпты атқара алмайды.



Абсцисс осімен: NaCl ерітінділерінің концентрациясы (%); ординат осімен: гемолиз дәрежесі (%), (p≤0,005)

Сурет 2 – Экспирименталды диабет кезіндегі эритроциттердің осмоустық резистенттілігі



Абсцисс осімен: мочевиана/NaCl ерітінділерінің арақатынасы (%); ординат осімен: гемолиз дәрежесі (%), (p≤0,005)

Сурет 3 – Экспирименталды диабет кезіндегі эритроциттер мембранасының өткізгіштігі

Эритроцит мембраналарының өткізгіштігін зерттеуге арналған жұмыстардың нәтижесінде мочевиана/NaCl ерітінділерінде мочевианың үлесі жоғарылаған сайын барлық тәжірибелік топтарда гемолиз деңгейінің жоғарылайтыны анықталды. Алайда сусамыр кеселіне шалдыққан жануарлар эритроциттерінің мочевиана әсерінен гемолизге ұшырау дәрежесі бақылау тобымен салыстырғанда 1,5–2,5 есе көтерілді (сурет 3).

Қорыта келгенде, қант диабетінің қалыптасуына тән гипергликемия жағдайында барлық органдарда бос радикалды тотығу үдерістерінің үдеуі орын алады. Онымен қатар қан ағымындағы глюкоза деңгейінің жоғарылауы эритроциттердің осмотық резистенттілігін төмендетіп, өткізгіштігін арттырады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Сабирова Н. Уровень и структура сахарного диабета в Казахстане и зарубежных странах // Вестник КазНМУ. – 2013. – № 1. – С. 228–231.

2 Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году». – Астана. – 2012.

3 Matough F.A., Budin S.B., Hamid Z.A., Alwahaibi N., Mohamed J. The role of oxidative stress and antioxidants in diabetic complications // Sultan Qaboos Univ. Med. J. – 2012. – V. 12, N 1. – P. 5–18.

4 Конь И.Я., Горгошидзе Л.Ш., Васильева О.Н., Кулакова С.Н. Витамин А и перекисное окисление липидов: влияние недостаточности ретинола // Биохимия. – 1986. – Т. 51, № 1. – С. 70–75.

5 Ohkawa H.O., Ohishi N., Yagi K. Assay for lipid peroxides in animal tissues by thiobarbituric acid reaction // Anal. Biochem. – 1979. – V. 95, N 2. – P. 351–358.

6 Колмаков В.Н., Радченко В.Г. Значение определения проницаемости эритроцитарных мембран (ПЭМ) в диагностике хронических заболеваний печени // Терапевтический архив. – 1982. – Т. 54, № 2. – С. 59–62.

Резюме

А.Н. Аралбаева, А.К. Кайинбаева, М.К. Мурзахметова

ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН КРЫС ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

В статье приведены результаты исследования процессов ПОЛ в жизненноважных органах и состояние мембран эритроцитов при экспериментальном сахарном диабете.

Summary

A.N. Aralbayeva, A.K. Kayinbayeva, M.K. Murzakhmetova

CHARACTERISTICS OF RAT CELL MEMBRANES' CONDITION AT EXPERIMENTAL DIABETES MELLITUS

The article presents researches of lipoperoxidative processes in live-main organs and condition of erythrocyte membranes at experimental diabetes mellitus.

Ғылыми зерттеу жұмыс ҚР БҒМ ҒК № 0935/ҒФ грантының қолдауымен жасалған.

УДК 616.43-618.3+611.018.51+612.118.221.3

*Г.К. ТАШЕНОВА^{1,2}, З.Ж. СЕЙДАХМЕТОВА¹, Б.К. ОКСИКБАЕВ¹,
А.К. НУРГАЛИЕВА¹, Н.Н. ЖУМАДИЛЛАЕВА¹, У.Н. КОЖАНИЯЗОВА¹*

¹Институт физиологии человека и животных МОН РК, ²КазНПУ им. Абая, г. Алматы

РЕЗИСТЕНТНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ БЕРЕМЕННЫХ КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Аннотация. В статье исследовано влияние экспериментального гипотиреоза на структурно-функциональное состояние мембран эритроцитов крыс в период гестации. Состояние гипотиреоза вызывалось введением мерказолила на протяжении всего срока беременности, и далее изучалась осмотическая и перекисная резистентность эритроцитарных мембран, а также их проницаемость и активность каталазы. Результаты исследования выявили деструкцию мембран эритроцитов, приводящую к снижению резистентных свойств красных клеток крови, а именно осмотической и перекисной резистентности. Также выявлено увеличение мембранной проницаемости и снижение активности фермента каталазы. Эти данные позволяют говорить об окислительном стрессе, развивающемся в эритроцитах в результате снижения функции щитовидной железы на фоне вызванного гипотиреоза.

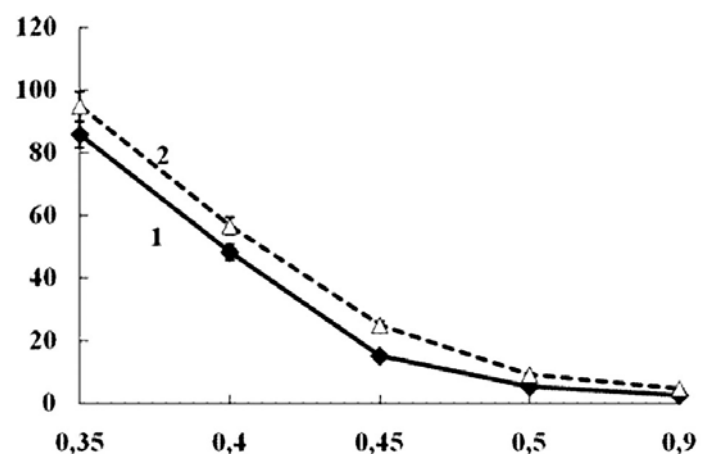
Ключевые слова: гипотиреоз, резистентность, эритроциты, гемолиз, мембраны, проницаемость мембран, активность каталазы, беременность, самки крыс.

Нормальная тиреоидная функция является одной из определяющих в поддержании репродукции посредством взаимодействия различных нейроэндокринных путей [1, 2]. Функция щитовидной железы определяется различными физиологическими условиями, которые влияют, прямо или косвенно, на синтез гормонов щитовидной железы, которые, в свою очередь, существенно определяют развитие и рост многих органов [3–5]. Дисфункция щитовидной железы может быть не только причиной бесплодия, но и расширяет круг проблем, связанных с аномальным протеканием беременности [6, 7]. Так, например, гипотиреоз приводит к увеличению спонтанных аборт, преждевременных родов или рождению маловесных детей [8, 9]. Существует пока еще не до конца выясненная связь между патологией щитовидной железы и усилением свободно-радикальных процессов, приводящих к деструкции биологических мембран. Результаты исследований по этой проблеме достаточно противоречивы и неоднозначны, особенно в работах, посвященных исследованию взаимосвязи гипотиреоза и прооксидантно-антиоксидантного статуса мембран эритроцитов [10, 11]. В этой связи цель данной работы, направленной на выяснение вопроса влияния гипотиреоидных состояний на резистентные свойства эритроцитов в период гестации, весьма актуальна и, учитывая большой рост дисфункций щитовидной железы в Казахстане, своевременна.

Материалы и методы. Для экспериментов использовались половозрелые лабораторные крысы массой 200–250 гр. с 21–22-дневным циклом гестации. Экспериментальный гипотиреоз вызывали пероральным введением мерказолила в дозе 3 мг/кг массы тела на протяжении всего срока беременности. Осмотическую резистентность эритроцитов определяли по степени гемолиза в растворах NaCl различной концентрации (0,35–0,9 г/100 мл) при режиме инкубации 20 мин при 37°C. Проницаемость эритроцитарных мембран (ПЭМ) для анионов определяли по методу Колмакова и др.

[12]. Перекисную резистентность эритроцитов изучали по методу [13] в модификации Мурзахметовой и др. [14]. Активность каталазы мембран эритроцитов определяли по методу [15]. Достоверность различия признаков определялась по коэффициенту Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Исследование осмотической резистентности мембран эритроцитов контрольных беременных самок крыс с осложненной гипотиреозом гестацией выявило следующие изменения. Гемолиз эритроцитов крыс с гипотиреозом усиливается по мере снижения осмолярности среды инкубации, достигая максимального значения в 0,35 г/100 мл NaCl – 94,8%, что на 9,1% превышает показатели гемолиза в группе самок с физиологически протекающей беременностью (рисунок 1). Заметное снижение осмотической резистентности наблюдается и в 0,4 г/100 мл растворе NaCl – на 8,3%, в 0,45 г/100 мл растворе NaCl – уровень резистентности на 9,8% ниже по сравнению с резистентностью эритроцитарных мембран беременных крыс с физиологически протекающей гестацией.



По оси ординат: уровень гемолиза, %; по оси абсцисс: концентрация раствора NaCl, г/100 мл.

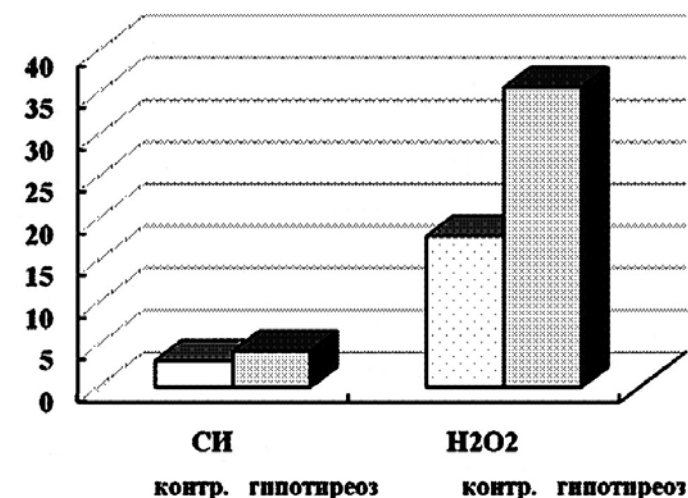
Рисунок 1 – Осмотическая резистентность мембран эритроцитов беременных крыс контрольной группы (1) и с гипотиреозом (2)

Также изменялась резистентность мембран эритроцитов в группе беременных самок с гипотиреозом в анамнезе к перекисным радикалам: на 10,8% величина гемолиза эритроцитов выше по сравнению с таковой в группе беременных крыс (рисунок 2).

Далее исследовалась проницаемость эритроцитарных мембран (ПЭМ) беременных крыс в сравнении с группой девственных самок (рисунок 3). Выявлено, что ПЭМ усиливается при помещении эритроцитов в раствор мочевины/NaCl с соотношением 50/50, 55/45, 60/40 и 65/35, достигая значений, превышающих величины выхода гемоглобина из эритроцитов беременных крыс контрольной группы на 10%, 11,3%, 7,7% и 4% соответственно.

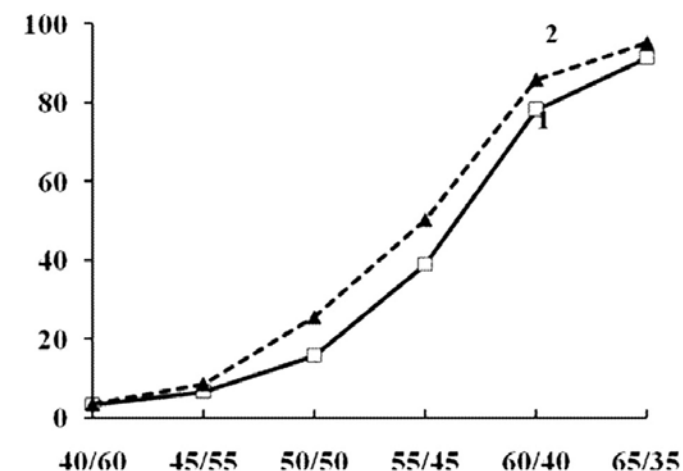
При определении активности антиоксидантных ферментов, а именно каталазы у животных с физиологически протекающей беременностью и самок с осложненной гипотиреозом гестацией были получены следующие данные. Активность каталазы в мембранах эритроцитов повысилась на 10,8% у крыс с гипотиреозом по сравнению с самками с нормально протекающей гестацией.

В качестве общего механизма повреждения тканей при различных патологических состояниях считается участие неконтролируемого подъема окислительной активности [16, 17]. Состояние гиперметаболизма при гипертиреозе связано с увеличением свободных радикалов и перекисей липидов, в то время как сниженный метаболизм, вызванный гипотиреозом, связан с уменьшением свободных радикалов.



По оси ординат: величина гемолиза в %.

Рисунок 2 – Перекисная резистентность эритроцитарных мембран беременных крыс контрольной группы и беременных самок с гипотиреозом



По оси ординат: величина гемолиза, %; по оси абсцисс: соотношение мочевины/NaCl.

Рисунок 3 – Изменение проницаемости мембран эритроцитов беременных крыс контрольной группы (1) и с гипотиреозом (2)

Реакция антиоксидантной системы как при гипотиреозе, так и гипертиреозе неясна и неоднозначна [18]. В некоторых случаях выявлено предотвращение увеличения МДА при гипотиреозе, снижение восприимчивости к кислородным радикалам [19]. Кроме того, выявлено, что гипотиреоз защищает от окислительного стресса [20].

В наших экспериментах было показано значительное снижение осмотической и перекисной резистентности эритроцитов в группе беременных самок с гипотиреозом по сравнению с группой здоровых беременных животных. Факт снижения осмотической стойкости эритроцитов согласуется с результатами исследований, проведенных Darıyerli N, Toplan S, et al [21]. Предполагают, что гормоны щитовидной железы играют важную роль в генерации окислительного стресса, и колебание уровня гормонов щитовидной железы в естественных условиях рассматриваются как один из основных физиологических модуляторов клеточного окислительного стресса [22]. Результаты наших опытов выявили увеличение проницаемости эритроцитарных мембран, что корректирует со снижением резистентности эритроцитов, развивающейся вследствие усиления окислительного гемолиза. В общую картину укладываются и результаты, показывающие увеличение проницаемости эритроцитарных мембран.

Повышение при гипотиреозе активности ферментной системы, о состоянии которой судили по активности каталазы эритроцитов, также говорит о развитии окислительного стресса и может служить маркером данных состояний.

Таким образом, результаты данного исследования выявили, что экспериментальный гипотиреоз беременных животных приводит к нарушению свободно-радикального равновесия, вызывая развитие окислительного стресса на мембранах эритроцитов гипотиреоидных крыс в период гестации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Krassas G.E., Poppe K., Glinioer D. Thyroid function and human reproductive health // *Endocr. Rev.* – 2010. – V. 31 (5). – P. 702–55.
- 2 Alexander E.K. Thyroid function: the complexity of maternal hypothyroidism during pregnancy // *Nat. Rev. Endocrinol.* – 2009. – V. 5. – P. 480–1.
- 3 Fetoui H., Bouaziz H., Mahjoubi-Samet A., Soussia L., Guermazi F., Zeghal N. Food restriction induced thyroid changes and their reversal after refeeding in female rats and their pups // *Acta Biol. Hung.* – 2006. – V. 57. – P. 391–402.
- 4 Zimmermann M.B. Iodine requirements and the risks and benefits of correcting iodine deficiency in populations // *J. Trace Elem. Med. Biol.* – 2008. – V. 22. – P. 81–92.
- 5 Ghorbel H., Fetoui H., Mahjoubi A., Guermazi F., Zeghal N. Thiocyanate effects on thyroid function of weaned mice // *C. R. Biol.* – 2008. – V. 331. – P. 262–271.
- 6 Gärtner R. Thyroid disorders during pregnancy // *Dtsch. Med. Wochenschr.* – 2009. – V. 134 (3). – P. 83–6.
- 7 Jiskra J., Bartáková J., Holinka Š. Low prevalence of clinically high-risk women and pathological thyroid ultrasound among pregnant women positive in universal screening for thyroid disorders // *Exp. Clin. Endocrinol. Diabetes.* – 2011. – V. 119 (9). – P. 530–5.
- 8 Glinioer D. Feto-maternal repercussions of iodine deficiency during pregnancy. An update // *Ann. Endocrinol.* – 2003. – V. 64. – P. 37–44.
- 9 Harman D. Aging and oxidative stress // *JIFCC.* – 1998. – V. 10. – P. 24–27.
- 10 Dave B.N., Paradkar N.M. Total Superoxide Dismutase, Cu/Zn Superoxide Dismutase and Glutathione Peroxidase in Untreated Hyperthyroidism and Hypothyroidism // *JK SCIENCE.* – 2009. – V. 11. – N 1. – P. 6–10.
- 11 Petrúlea M.S., Duncea I., Hazi G., Dragotoiu G., Decea N., Mureşan A. Oxidative stress in experimental hypothyroidism: effect of vitamin e supplementation // *Clujul. Medical.* – 2010. – V. LXXXIII. – N 2. – P. 245–249.
- 12 Колмаков В.Н., Радченко В.Г. Значение определения проницаемости эритроцитарных мембран (ПЭМ) в диагностике хронических заболеваний печени // *Терапевтический архив.* – 1982. – Т. 54. – № 2. – С. 59–62.
- 13 Покровский А.А., Абрарова А.А. К вопросу о перекисной резистентности эритроцитов // *Вопросы питания.* – 1964. – № 16. – С. 44–49.

14 Мирошина Т.Н., Мурзахметова М.К., Утегалиева Р.С. и др. Корректирующее влияние индоламинов на состояние мембран эритроцитов при действии ионов кадмия // *Вестник КазНУ. Сер. биол.* – 2002, № 3. – С. 80–86.

15 Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова И.Г., Токарев В.Е. Метод определения активности каталазы // *Лабораторное дело.* – 1988. – № 1. – С. 16–18.

16 Hauck J.S., Bartke A. Effects of growth hormone on hypothalamic catalase and Cu/Zn superoxide dismutase // *Free. Rad. Biol. Med.* – 2000. – V. 28. – P. 970–978.

17 Yilmaz S., Ozan S., Benzer F., Canatan H. Oxidative damage and antioxidant enzyme activities in experimental hypothyroidism // *Cell Biochem. Funct.* – 2003. – V. 21 (4). – P. 325–330.

18 Coria M.J., Pastran A.I., Gimenez M.S. Serum oxidative stress parameters of women with Hypothyroidism // *ACTA BIOMED.* – 2009. – V. 80. – P. 135–139.

19 Isman C.A., Yegen B.C., Alican I. Methimazole-induced hypothyroidism in rats ameliorates oxidative injury in experimental colitis // *J. Endocrinol.* – 2003. – V. 177. – P. 471–476.

20 James L.P., Mayeux P.R., Hinson J.A. Acetaminophen-induced hepatotoxicity // *Drug. Metab. Dispos.* – 2003. – V. 31. – P. 1499–1506.

21 Darıyerli N., Toplan S., Akyolcu M.C., Hatemi H., Yigit G. Erythrocyte osmotic fragility and oxidative stress in experimental hypothyroidism // *Endocrine.* – 2004. – V. 25 (1). – P. 1–5.

22 Babu K., Jayaraaj I.A., Prabhakar J. Effect of Abnormal thyroid hormone changes in lipid peroxidation and Antioxidant imbalance in Hypothyroid and Hyperthyroid patients // *Int. J. Biol. Med. Res.* – 2011. – V. 2 (4). – P. 1122–1126.

Тұжырым

Г.К. Тәшенова, З.Ж. Сейдахметова, Б.Қ. Өксікбаев,
А.К. Нұргалиева, Н.Н. Жумадиллаева, Ұ.Н. Қожаниязова

ТӘЖІРИБЕЛІК ГИПОТИРЕОЗҒА ҰШЫРАҒАН БУАЗ ЕГЕУҚҰЙЫРЫҚТАРДЫҢ ЭРИТРОЦИТТЕР МЕМБРАНАЛАРЫНЫҢ ТӨЗІМДІЛІГІ

Мақалада гестация кезеңінде эритроциттер мембраналарының құрылымы мен қызмет ету күйіне тәжірибелік гипотиреоздың әсері зерттелді. Гипотиреоз күйі жүктілік ағымы бойы мерказолил енгізу арқылы туындатылды және одан әрі эритроциттер мембраналарының осмотық және асқын тотықтық төзімділігі, сонымен қатар, олардың өткізгіштігі мен каталаза белсенділігі зерттелді. Зерттеу нәтижелерінде қанның қызыл клеткаларының төзімділік қасиеттерінің, атап айтқанда, осмотық және асқын тотықтық төзімділіктің төмендеуіне әкелетін эритроциттер мембраналары құрылымының бұзылғаны анықталды. Сонымен қатар, мембрана өткізгіштігінің артқаны және каталаза ферменті белсенділігінің төмендегені анықталды. Бұл мәліметтер тәжірибелік гипотиреоз салдарынан қалқанша безі қызметінің төмендеуі нәтижесінде эритроциттерде тотығу стресінің туындағаны жайлы айтуға мүмкіндік береді.

Summary

G.K. Tashenova, Z.Zh. Seydahmetova, B.K. Oxikbayev, A.K. Nurgaliyeva, N.N. Zhumadillaeva,
U.N. Kozhaniyazova

RESISTANCE OF MEMBRANES OF ERYTHROCYTE OF PREGNANT RATS WITH EXPERIMENTAL HYPOTHYROIDISM

The article examined the effect of experimental hypothyroidism on the structural and functional state of erythrocyte membranes during gestation. Hypothyroid condition was caused by the introduction of mercazolile during the whole period of pregnancy, and then studied the peroxide and the osmotic resistance of red blood cell membranes, and their permeability and the activity of catalase. The study revealed the destruction of erythrocytes membranes leading to a reduction resistant properties of red blood cells, namely the osmotic and peroxide resistance. Also an increase in membrane permeability and decreased activity of the enzyme catalase is revealed. These data allow us to talk about oxidative stress developing in the red blood cells due to a decrease in thyroid function in the background caused by hypothyroidism.

УДК 616.9

Н.В. ОСТАПЧУК, С.Я. ЖИГАЙЛО, В.А. ПУСТОВИТ

Рудненская городская больница

**АКТУАЛЬНОСТЬ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ
ДЕРМАТОМИКОЗОВ**

Аннотация. Показана клиническая значимость лабораторной диагностики микозов. Отмечены причины возникновения грибковой инфекции. Проведен анализ высеваемости возбудителей в лаборатории г. Рудного.

Ключевые слова: дерматофитии, поверхностные микозы, микотический процесс.

В условиях широкого распространения дерматофитий среди населения и трудностями ранней диагностики возросла роль дерматофитов в развитии патологических процессов кожи. На возникновение микозов влияют хронические воспалительные заболевания, сниженный иммунитет, бесконтрольное применение антибиотиков широкого спектра действия с антимикотическим эффектом, повышение резистентности бактерий к антибактериальным препаратам.

Оппортунистические микозы в настоящее время являются одной из актуальных проблем здравоохранения, поскольку все чаще они регистрируются как осложнения многих инфекционных, соматических заболеваний (включая большинство узких специальностей: педиатрия, хирургия, дерматология, эндокринология) [1].

Цель исследования. Чрезвычайная актуальность поверхностных микозов, обусловленная высокой заболеваемостью (5–20% земного шара) [1] заставила и нас обратить внимание на анализ лабораторной диагностики микозов.

Материалы и методы. За период 2010–2012 гг. под наблюдением находились 720 чел, в том числе 520 (72,2%) городские жители, 200 (27,8%) сельские. Среди больных 480 (66,6%) женщин в возрасте 14–70 лет, 240 (33,4%) мужчин в возрасте 14–73 года. По возрастам пациенты распределились так: 14–18 лет – 58 (8%), 19–50 лет – 277 (38,5%), 50–73 лет – 385 (53,5%).

Результаты обсуждения. У всех пациентов старшего возраста обнаружилась сопутствующая патология (сахарный диабет (% от 720), гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей и др.), 50% пациентов среднего возраста отмечали частые простудные заболевания, ОРВИ, в ходе которых большинство лечились антибиотиками широкого спектра без назначения врача.

Все пациенты обследованы: бактериоскопия, посев патологического материала на твердую среду Сабуро и пивное сусло. Проведено микро- и макроскопическое изучение культур для идентификации различных видов грибов.

При лабораторном исследовании диагноз «микоз стоп» подтвержден бактериологически у 310 больных (43%), кистей – 173 (24%), онихомикозы – 108 (15%), кандидоз – 129 (18%).

Таблица 1 – Высеваемость возбудителей дерматофитий бактериологической лабораторией г. Рудного с 2010 по 2012 г.

№	Вид грибка	2010 г.		2011 г.		2012 г.		всего	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1	Trichophyton rubrum	33	24,8	59	17,6	35	13,8	127	17,6
2	Tr. mentogr. interdigit.	38	28,6	48	14,3	49	19,4	135	18,7
3	Trichophyton violaceum	24	18,1	34	10,2	25	10	83	11,6
4	Плесневые грибы Aspergillus	11	8,2	38	11,3	21	8,3	70	9,7
5	Candida albicans	7	5,2	64	19,2	56	22,2	127	17,7
6	Смешанная флора	20	15,1	92	27,4	66	26,3	178	24,7
7	Всего исследовано	133	100	335	100	252	100	720	100

Рассматривая картину высева можно отметить, что среди выделенных культур на долю смешанной флоры (присутствие кокковой флоры) приходится 24,7% у 178 чел. Здесь преобладает условно патогенная флора, проявившая свою патогенность, что осложняет тяжесть микотического процесса.

Ведущие позиции занимают трихофитоны, истинные возбудители грибковой инфекции, вызывая поражение кожи у 345 чел. (47,9%).

Выводы. Анализируя приведенные данные можно отметить, что:

- 1) Грибковые поражения кожи у 345 (47,9%) больных вызываются не только истинными дерматофитами, а так же другими видами Candida albicans и Aspergillus.
- 2) Чаще всего высеваются Trichophyton rubrum (%), Trichophyton interdigitalis, возбудители поверхностных трихофитий.
- 3) Высокая высеваемость принадлежит плесневым грибам рода Aspergillus у 70 (9,7%), роль которых как возбудителей микозов доказана.
- 4) В 17,7% (127 случ.) грибковых поражений кожи выделены грибы рода Candida albicans.
- 5) Учитывая высокий процент смешанной микозно-кокковой флоры среди кожных больных, применение антимикотических препаратов и антибиотиков как системного, так и местного применения является патогенетически обусловленным.
- 6) Целенаправленный выбор лекарственных препаратов возможен только после детального изучения микрофлоры каждого пациента.

Таким образом, собственные и литературные данные указывают на то, что микозы в настоящее время не только не потеряли своего значения, но, приобретая большую клиническую значимость, требуют в связи с этим наиболее пристального внимания к вопросам совершенствования лабораторной диагностики. Санитарно-микробиологическое благополучие окружающей нас среды позволяет надеяться на уменьшение факторов риска в вопросах сохранности здоровья населения [1].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Баймуратова М.А. Учебно-методические рекомендации. К вопросу организации эффективной диагностики микозов. – Алматы, 2012. – С. 4, 8.
- 2 Методические указания по применению унифицированных микробиологических методов исследований в клинической диагностической лаборатории. Приложение № 1 к приказу МЗ СССР № 535 от 22.04.1985 г.

Тұжырым

Н.В. Остапчук, С.Я. Жигайло, В.А. Пустовит

ДЕРМАТОМИКОЗДАРДЫ ЗЕРТХАНАЛЫҚ ДИАГНОСТИКАЛАУДЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Аталған мақалада микоздарды зертханалық жолмен диагностикалаудың клиникалық маңыздылығы көрсетілді. Саңырауқұлақтық инфекциялардың пайда болу себептері келтірілді. Рудный қаласының зертханасында қоздырғыштарды себудің сараптамасы жүргізілді. Осы топтағы науқастарға тереңірек зерттеу жүргізу мен өз кезегінде толыққанды емдеу жүргізу қажеттілігі ұсынылды.

Summary

N.V. Ostapchuk, S.Y. Zhigaylo, V.A. Pustovit

THE RELEVANCE OF LABORATORY DIAGNOSIS OF TINEA

The article describes the clinical significance of laboratory diagnosis of fungal infections. Marked causes of fungal infections. The analysis of the inoculation of pathogens in the laboratory of the city Rudniy. It is recommended to carry out an in-depth examination of these patients for a meaningful and timely treatment.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 616.517

Е.И. ДОБРЖАНСКАЯ

*Кафедра дерматологии, венерологии и СПИДа.
Национальный медицинский университет, г. Харьков*

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С УЧЕТОМ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НАРУШЕНИЙ

Аннотация. Рассматриваются существующие классические методы лечения псориаза и представлены показатели комплексного лечения больных с использованием доларгина.

Ключевые слова: псориаз, лечение, доларгин.

Псориаз – это хроническое наследственное, рецидивирующее заболевание с многообразными клиническими проявлениями. При псориазе возможно вовлечение в процесс суставов, различных органов и систем организма. В различных странах псориазом страдают от 1 до 3% населения. Провоцирующими моментами могут быть травмы кожи, стресс, применение некоторых медикаментов, злоупотребление алкоголем, инфекционные заболевания (особенно вызванные стрептококком, вирусными болезнями) и др. Среди пусковых механизмов псориаза прежде всего имеет значение эмоциональный стресс и психоэмоциональный статус пациента [1–3].

Ведущую роль в патогенезе псориаза играют изменения кинетики пролиферации кератиноцитов. Клеточный цикл уменьшается с 311 до 36 ч. В результате кератиноцитов образуется в 28 раз больше, чем в норме. Причина этих нарушений кроется в изменении свойств самих кератиноцитов базального слоя эпидермиса и в воспалительной реакции дермы. Немалую роль играют лимфоциты. Сосуды сосочкового слоя дермы в области бляшек окружены Т-лимфоцитами, которые по спектру продуцируемых цитокинов относятся к Т-хелперам 1-го типа. Непрерывность патологического процесса

обусловлена хронической аутоиммунной реакцией [7]. Несмотря на многочисленные исследования, патогенез псориаза и механизмы его возникновения до конца непонятны. В связи с чем терапия псориаза является сложной задачей дерматологии. В качестве основных современных средств системной терапии используют метотрексат, циклоспорин, ретиноиды, фототерапию, которые являются достаточно эффективными, но в то же время могут вызывать ряд нежелательных явлений (гепато- и нефротоксичность, миелосупрессия, тератогенность и др.). Существующие классические методы системной терапии псориаза не приводят к полному излечению и направлены лишь на снижение степени тяжести заболевания, увеличение периодов ремиссии. В последние годы появились данные об особенностях взаимодействия клеток кожи и иммунной системы. Известно, что при возникновении воспалительного процесса кожа становится частью иммунной системы без центрального аналитического звена. В частности, при псориазе активированные антигенпрезентирующие клетки мигрируют в регионарные лимфатические узлы, где происходит запуск каскада реакций с последующей активацией и пролиферацией клеток иммунной системы – лимфоцитов. До начала активации антигенпрезентирующих клеток и лимфоцитов на внедрение патогена реагируют кератиноциты, тканевые базофилы, макрофаги, эндотелиоциты сосудов, в результате чего продуцируются разнообразные медиаторы [6, 10, 11].

Различными исследователями было установлено, что характерной особенностью патогенеза псориаза является системный характер нарушений в различных сферах организма: вегетативной, эндокринной, психической, и что основной системоорганизующий фактор – патологические сдвиги в эндокринной сфере. Результаты специальных функциональных исследований показывают у больных псориазом наличие важных функциональных нарушений центральной и периферической нервной системы, содержание эндогенных опиоидных пептидов у больных псориазом рассматривается как фаза тревоги общего адаптационного синдрома по Селье. Ключевая роль в индукции заболевания принадлежит нейропептидам, которые выделяются из нервных окончаний в коже, активируют иммунокомпетентные клетки, способствуют освобождению биологически активных веществ, ростковых факторов. На основании унаследованных дефектов развивается неадекватный ответ на действие этих медиаторов, возникает состояние вторичного стрессиндуцированного иммунодефицита [4, 8].

Все хронические заболевания патофизиологи рассматривают как состояние, при котором присутствует недостаточность адаптационных механизмов, потому что при таких заболеваниях более полно проявляются отклонения в течении общего адаптационного синдрома. Этот синдром является неспецифическим ответом на различные предъявленные новые требования, направленные на сохранение компенсационных взаимоотношений с окружающей средой, необходимые для поддержания гомеостаза. Характер течения общего адаптационного синдрома у больных с хроническими заболеваниями, в том числе и с псориазом, зависит от функционального состояния центральной нервной системы, эндокринной системы, т. е. от адекватной секреции гормонов, медиаторов, а также эфферентной и афферентной импульсации. Стойкий характер заболевания, иммунные, эндокринные и другие метаболические нарушения опосредованно указывают на существование системной патологии, которая отображает неполноценность адаптационного потенциала организма больных псориазом в условиях влияния неблагоприятных внешних и внутренних факторов.

Ряд исследователей связывают изменения в эпидермисе больных псориазом с действием продуктов гормонов роста гипофиза, а также других адаптационных гормонов. Установлено, что опиоидные пептиды, в частности энкефалины, оказывают

антистрессовое действие. При их введении происходит нормализация активности нейроэндокринных систем (гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, гипоталамо-нейрогипофизарной, симпатико-адреналовой), что в свою очередь приводит к нормализации гомеостаза, энергетического обмена и иммунореактивности организма. Усиление функционального напряжения опитной системы – естественный механизм выздоровления [5]. Это предположение послужило основанием для применения у больных псориазом даларгина. Даларгин – оригинальный гексапептид, синтетический аналог эндогенного регуляторного пептида лейцин-энкефалина. Спектр фармакологической активности даларгина достаточно широкий и показывает многогранность функций эндогенных регуляторных пептидов, направленных на поддержание гомеостаза. Ранее даларгин успешно использовался для лечения язвенной болезни желудка, острого инфаркта миокарда, облитерирующих заболеваний сосудов конечностей. Использование даларгина в комплексной терапии больных псориазом дает возможность корректировать состояние стресса организма, нормализовать метаболические и эндокринные нарушения симпатико-адреналовой системы.

После лечения по общепринятой схеме (витамины В₆, В₁₂, аевит, фолиевая кислота, наружно-кератолитические средства) у больных содержание адаптивных гормонов после фазы повышения к середине курса лечения снижалось, относительная концентрация лейцин-энкефалина (ЛЭ) в сыворотке крови повышалась. Между содержанием ЛЭ и концентрацией адаптивных гормонов в большинстве сопоставлений наблюдалась обратная зависимость. Это можно рассматривать как внешнее выражение реципрокных отношений между механизмами, регулируемыми выработкой адаптивных гормонов и опиоидных пептидов, что подчеркивает антистрессовые функции опитной системы.

Лечение даларгином представляет собой введение в организм избытка стимулятора периферических опитных рецепторов, т. е. может рассматриваться как импульсное наводнение организма опиоидным пептидом.

Лечение комплексной схемой (витамины В₆, В₁₂, аевит, фолиевая кислота) с использованием даларгина (1 мг внутримышечно 1 раз в сутки, 15 мг на курс) проводили у 80 больных псориазом. Возраст больных от 21 до 58 лет. Полное выздоровление зафиксировано у 44 больного (56%). Исследование показало, что лечение больных псориазом с использованием даларгина значительно эффективнее, чем использование традиционных методов. Результатом лечения больных с псориазом комплексной терапией с использованием даларгина является укорочение сроков лечения, продление сроков ремиссии, улучшение дальнейшего течения дерматоза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дацук А.М. Кожные болезни. – Х., С.А.М., 2012. – 204 с.
- 2 Дерматовенерология / Под ред. В.П. Федотова, А.Д. Дюдюна, В.И. Степаненко. – Днепропетровск – Киев, 2008. – 600 с.
- 3 Клиническая дерматовенерология / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч. II. – № 8. – С. 212–233.
- 4 Полканов В.С. Состояние эндогенной опитной системы при псориазе // Вестник дерматологии и венерологии. – 1992. – № 1. – С. 26–28.
- 5 Силина Л.В. Изменения содержания адаптивных гормонов и опиоидных пептидов под влиянием даларгина у больных псориазом // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 1. – С. 41–44.
- 6 Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Вторичные иммунодефициты: клиника, диагностика, лечение // Иммунология. – 1999. – № 1. – С. 14–17.
- 7 Wolff K., Johnson R.A., Suurmond D. Clinical Dermatology. McGraw-Hill. – 2007. – 1250 p.

- 8 Griffiths C.E., Barker J.N. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. Lancet. – 2007. – № 370. – С. 263–271.
- 9 Lowes M.A. Pathogenesis and therapy of psoriasis // Nature – 2007. – № 445 (22). – С. 866–872.
- 10 Nestle F.O. Psoriasis. Curr Dir Autoimmun. – 2008. – № 10. – С. 65–75.
- 11 Tang Q., Bluestone J.A. The Foxp3+ regulatory T cell: a jack of all trades, master of regulation // Nat. Immunol. – 2008. – № 9 (3). – С. 239–44.

Тўжырым

Е.И. Добржанская

НЕЙРОЭНДОКРИНДИ БҮЗҮЫЛЫСТАРДЫ ЕСКЕРЕ ОТЫРЫП ПСОРИАЗЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ КЕШЕНДИ ЕМДЕУ

Аталған мақалада псориазды емдеудің классикалық түрі қарастырылып, даларгинді қолдану арқылы кешенді емдеу тәсілдері көрсетілген.

Summary

E.I. Dobrzhanskaya

COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH PSORIASIS BASED ON NEUROENDOCRINE DISORDERS

The article examines existing classical methods of treatment psoriasis and presents the complex treatment of patients with dolargina.

Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)

УДК 616.517

Л.Ю. БУРМАГИНА, Н.Н. ВАЛЯЕВА, А.М. ЗВЕРКОВИЧ, С.Я. ЖИГАЙЛО

Рудненская городская больница

ПРИМЕНЕНИЕ МАЗИ «ФОРКАЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЛЯШЕЧНЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

Аннотация. Представлены результаты изучения эффективности мази «Форкал» у больных бляшечными формами псориаза.

Ключевые слова: бляшечные формы псориаза, лечение, мазь «Форкал».

По данным многочисленных эпидемиологических обследований псориазом страдает до 5–7% населения земли с продолжающимся ростом заболеваемости, в том числе с его тяжелыми и торпидно протекающими фенотипами [1].

Негативное влияние псориаза на качество жизни человека не меньше, чем при других серьезных хронических заболеваниях, таких как рак, гипертонзия, диабет, артриты, болезни сердца или депрессия. Заболевание псориазом редко приводит к летальному исходу, однако существенно сказывается на качестве жизни человека [2].

Разнообразные кортикостероиды при наружном применении в клинической практике давно стали самыми популярными и демонстрируют свою высокую эффективность при бляшечном псориазе, но наступающая ремиссия обычно кратковременна.

Аналоги витамина D₃ обладают постепенно нарастающей (4–8 недель), но стойкой клинической эффективностью, изредка возникающим раздражением кожи и возможным нарушением метаболизма кальция при использовании чрезмерно больших

количества препарата (более 100 г в неделю). После появления первых сообщений о положительном эффекте применения витамина D₃ при псориазе начали разрабатываться новые аналоги лечения псориаза витамином D₃ для топической терапии (особенно широко при лечении бляшечного псориаза), стал применяться кальцитриол (в ряде стран называемый кальцитриеном) [2].

Новым словом в местном патогенетическом лечении псориаза стал препарат «Форкал» – мазь от компании «Кусум Хелтхкер ПВТ. ЛТД.», утвержденный приказом комитета фармацевтического контроля МЗ РК от 15.02.2010 г. № 74, которому сегодня на фармацевтическом рынке Казахстана нет аналогов среди ЛС для наружного применения. Действующее вещество препарата – кальцитриол (1,25 дигидроксихолекальциферол), один из наиболее активных метаболитов природного витамина D₃, который действует на основные патогенетические звенья псориаза и не проявляет побочных эффектов, свойственных препаратам для местного действия, содержащим ГКС. Кальцитриол оказывает влияние на специфические рецепторы кератиноцитов эпидермиса. Это способствует нормализации скорости деления клеток эпителия и ускоряет морфологическую дифференциацию эпителиоцитов, способствуя полноценному созреванию в них кератина. Кроме того, кальцитриол угнетает продукцию интерлейкинов, а также ускоряет процесс отшелушивания ороговевших клеток.

Как показали результаты клинических исследований, кальцитриол не вызывает сенсibilизации и фотоаллергических реакций, отличаясь лучшим профилем переносимости по сравнению с другими аналогами витамина D₃. В ходе другого исследования кальцитриол продемонстрировал такую же эффективность, как и кальцитриол (еще один метаболит витамина D₃), тогда как профиль безопасности у кальцитриола был достоверно выше [3].

Цель исследования: изучение эффективности мази «Форкал» у больных бляшечными формами псориаза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 80 больных бляшечным псориазом в возрасте от 16 до 55 лет. Из них мужчин 58, женщин 22.

Больных с распространенными формами псориаза было 30 чел. (36,5%).

Ограниченные формы наблюдались у 50 больных (63,5%).

В прогрессирующей стадии – 40 больных (50%). в стационарной – 40 (50%).

Мазь «Форкал» применялась в комплексной терапии лечения больных местно 2 раза в день в сочетании с мазью «Целестодерм».

В контрольной группе больных, состоящей из 30 человек, в прогрессирующей стадией псориаза было 10 (33%) больных, в стационарной – 20 (67%) применялась в комплексной терапии, местно назначалась мазь 2% салициловая 2 раза в день в сочетании с мазью «Целестодерм».

Результаты. В испытуемой группе больных положительная динамика в проявлениях псориаза отмечалась уже на 3-й день терапии. Отчетливый клинический эффект в большинстве случаев наблюдался через 7–10 дней от начала лечения, на 10–14-й день у большинства пациентов развивался полный регресс мелких элементов и значительное уплощение крупных очагов и интенсивности шелушения. К концу 3–4-й недели высыпания регрессировали почти полностью. Стойкая ремиссия более 1 года наблюдалась у 58 больных (65%).

В контрольной группе больных положительная динамика отмечалась на 5–7-й день.

Отчетливый клинический эффект наблюдался через 14–17 дней, регресс высыпаний – через 30–40 дней.

Выводы:

1. Применение мази «Форкал» с мазью «Целестодерм» является высокоэффективным наружным антипсориазическим средством, быстро приводящим к регрессу высыпаний.

2. Клинический эффект оценивается пациентами как стабилизирующий, поддерживающий ремиссию и предотвращающий наступление обострений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кочергин Н.Г., Смирнова Л.М. // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С. 42–43.
- 2 Корсунская И.М., Зеленцова С.Е., Василевская Е.А., Тогоева Л.Т. Препараты кальцитриола в терапии псориаза // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. – № 3. – С. 26–27.
- 3 Солошенко О. По материалам, предоставленным компанией «Кусум Хелткер ПВТ.ЛТД» // Газета «Аптека», 09.02.2013.

Тұжырым

Л.Ю. Бурмагина, Н.Н. Валиева, А.М. Зверкович, С.Я. Жигайло

ПСОРИАЗДЫҢ ТҮЙІНДІ ТҮРІН ЕМДЕУДЕ ФОРКАЛ МАЗІН ҚОЛДАНУ

Аталған мақалада псориаздың түйінді түрін емдеуде форкал мазін қолданудың тиімділігін анықтаудың нәтижелері келтірілген.

Summary

L.Y. Burmagina, N.N. Valyaeva, A.M. Zverkovich, S.Y. Zhigaylo

APPLICATION OF FORKAL OINTMENT IN THE TREATMENT OF PLAQUE PSORIASIS

In this article shown the results of the study of the effectiveness of forkal ointment in the treatment of plaque psoriasis.

**Здоровье и болезнь
2013, № 6 (114)**

УДК 616.513.5/.7

Н.Н. ВАЛЯЕВА, Л.Ю. БУРМАГИНА

Рудненская городская больница

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ КАК ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС

Аннотация. Представлены результаты исследования по выявлению связи красного плоского лишая с онкологическими процессами, наблюдения за больными с КПЛ, сочетание их с другими сопутствующими заболеваниями, а также рассматриваются случаи из практики.

Ключевые слова: красный плоский лишай, паранеопластический процесс, клиника, лечение.

Красный плоский лишай (КПЛ) является полиэтиологическим заболеванием, в патогенезе которого участвуют различные нейроэндокринные, иммунные, интоксикационные и метаболические процессы с развитием воспалительных и дистрофических реакций на коже и слизистых. Большое значение для развития кожно-слизистого процесса при КПЛ имеют стрессовые ситуации, травмы, сопутствующая патология, кото-

рые служат пусковым механизмом в возникновении вегетативных, нейроэндокринных и гуморальных нарушений [1].

В зависимости от характера клинических проявлений различают следующие разновидности КПЛ: кольцевидную, пузырчатую (пемфигоидную), атрофическую, склерозирующую, остроконечную фолликулярную, веррукозную, пигментную формы и т.д. Часты поражения слизистых оболочек. Папулёзные, часто кольцевидные высыпания беловато-перламутрового цвета в виде сетки, рисунка кружева, обычно на слизистой оболочке щек, реже – на языке, деснах, небе, на красной кайме губ – сплошная шелушащаяся полоса. У 40–60% больных КПЛ протекает только с поражением кожи. У 20% поражены только слизистые оболочки. КПЛ часто рассматривают как предраковое (возможно развитие карциномы). Среди лиц с различными дерматозами, находящимися на лечении в других клиниках (терапевтической, стоматологической, онкологической) около 5% [2].

Описаны случаи буллезной формы красного плоского лишая как паранеопластического синдрома, злокачественная опухоль располагается в ретроперитонеальном пространстве. И наконец, нельзя не отметить, что на фоне красного плоского лишая может развиваться плоскоклеточный рак. К этому предрасположены длительно существующие и нерационально леченные гипертрофические формы заболевания, а также эрозивно-язвенные очаги поражения на слизистой полости рта. Озлокачествление красного плоского лишая слизистой оболочки щек и красной каймы губ происходит примерно в 1% случаев. Все формы КПЛ слизистой оболочки полости рта могут трансформироваться одна в другую, а некоторые из них, например эрозивно-язвенная и гиперкератотическая, являются факультативным предраком с вероятностью озлокачествления 6–7% [3].

Разновидностью КПЛ является синдром Литтла–Лассюэра. Это заболевание относится к рубцовым алопециям. Этот синдром характеризуется рубцовой алопецией волосистой части головы, нерубцовой алопецией подмышечных впадин и лобка, фолликулярными ярко-красными папулами на боковой поверхности плеч, бедер, ягодиц напоминающими шипы [4].

Цель исследования: выявление связи КПЛ с онкологическими процессами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 26 больных с КПЛ в возрасте 30–70 лет. Из них 15 женщин и 11 мужчин.

Атрофическая форма наблюдалась у 2 больных, веррукозная форма – у 12 больных, обычная форма с распространенными проявлениями – у 7, фолликулярная форма – у 1, поражение слизистой рта и гениталий в эрозивно-язвенной форме наблюдалось у 2 больных, в типичной форме – у 2.

При обследовании сочетание КПЛ с диабетом наблюдалось у 2 больных (7,6%), с артериальной гипертензией – у 7 (26,9%), гепатитом – у 1 (3,8%), туберкулезом легких – у 1 (3,8%), язвенной болезнью желудка и хроническим гастритом – у 4 (15,3,6%).

Сочетание КПЛ с другими дерматозами (псориазом) наблюдалось у 3 больных (11,5%).

Особого внимания заслуживают наблюдения за пациентами с выявленной онкопатологией желудка.

Больная К., 62 лет, давность заболевания КПЛ – 12 лет. В клинической картине отмечались веррукозные элементы на передней поверхности голени в сочетании с эрозивно-язвенными высыпаниями на слизистой полости рта в области внутренней поверхности щек, малых половых губах. Кожные проявления характеризовались ре-

зистентностью к проводимой терапии. В связи с этим больная была направлена на комплексное обследование. При обследовании у нее выявлена карцинома желудка.

Больной С., 67 лет, страдал КПЛ (типичная распространенная форма) в течение 3 лет.

Заболевание сопровождалось сильным зудом и резистентностью к проводимой терапии.

При детальном обследовании выявлен рак желудка.

Таким образом, онкозаболевания среди больных с КПЛ выявлены в 7,6%, преимущественно у больных с эрозивно-язвенными поражениями слизистой полости рта и гениталий, распространенной типичной форме заболевания.

Выводы:

1. Среди наблюдаемых нами пациентов с КПЛ у 7,6% выявлены онкологические процессы.

2. Наши наблюдения подтверждают литературные данные о связи красного плоского лишая с онкологическими процессами.

3. При диспансерном наблюдении пациентов с КПЛ необходимо проводить комплексное обследование с целью выявления и лечения сопутствующей патологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1 *Рахматов Т.П., Ирсалиев Х.И.* О состоянии слизистой оболочки полости рта у больных красным плоским лишаем // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 3. – С. 31–33.

2 *Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей / Под ред. Ю.К. Скрипкина – 1999. – С. 68–89.*

3 *Седова Л.А., Перламутров Ю.Н., Терещенко А.В., Ольховская К.Б.* Оптимизация терапии эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 6. – С. 56–57.

4 *Чистякова И.А.* Красный плоский лишай // Доказательная медицина для практикующих врачей. – 2006. – Т. 08, № 1. – С. 78–79.

Тұжырым

Н.Н. Валяева, Л.Ю. Бурмагина

ЖАЛПАҚ ҚЫЗЫЛ ТЕМІРЕТКІНІ ПАРАНЕОПЛАСТИКАЛЫҚ ҮРДІС РЕТІНДЕ ҚАРАСТЫРУ

Аталған жұмыста дәрігер тәжірибесінде болған жағдай келтірілген. Жалпақ қызыл теміреткісі бар науқас тері-венерологиялық бөлімшеге түскен, кейіннен бұл науқаста асқазан обыры анықталған.

Summary

N.N. Valyaeva, L.Y. Burmagina

LICHEN PLANUS IS A PARANEOPLASTIC PROCESS

In this paper, we consider the case of the practice of a patient with lichen planus received by the Department of Skin and Venereal Diseases and the survey identified a cancer of the stomach.

УДК 616-084

С.М. САРХАНБАЕВ

КГУ «АГДИИПНЗ», г. Алматы

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАМИПРИЛА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНСУЛЬТА

Разработка проблем профилактики, диагностики и лечения артериальной гипертензии (АГ) актуальна в связи с высоким уровнем сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) и смертности. Около 90% случаев смерти приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС) и мозговой инсульт, в развитии которых основная роль принадлежит атеросклерозу и АГ. Адекватная терапия АГ позволяет снизить риск развития инсульта примерно на 40%. В настоящее время медикаментозное воздействие на ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС) считается устоявшейся терапевтической методикой, применяемой для лечения АГ и профилактики ССЗ, в том числе инсульта. Установлено, что пациентам с высоким риском инсульта (ИБС, сахарный диабет в сочетании с АГ, повышенная концентрация холестерина, курение) целесообразно назначение ингибиторов АПФ, имеющих органопротективные свойства (кардио-, нефро- и церебропротективные) и более эффективных для профилактики повторных инсультов, чем антагонисты кальция.

Цель исследования: оценить антигипертензивную эффективность ингибитора АПФ рамиприла (в дозе от 2,5 мг до 10 мг/сут) в лечении и профилактике повторных инсультов у больных с перенесенными нарушениями мозгового кровообращения с повышенным артериальным давлением (АД). Под наблюдением было 18 чел. в возрасте от 36 до 68 лет (мужчин 8; женщин 10) с АГ 2-й и 3-й степени и с перенесенными нарушениями мозгового кровообращения. В группу сравнения взяты 10 больных с аналогичной патологией, не получавшие рамиприл.

При анализе эффективности рамиприла в плане снижения АД в группе пациентов с АГ отмечена положительная динамика через 2–3 недели. Стабилизация АД как систолического, так и диастолического на уровне целевых значений наблюдалась в 74% случаев. При этом побочные эффекты, которые бы потребовали отмены препарата, не наблюдались. Среди женщин и мужчин нормализация АД выявлена в равной степени. Под влиянием активной антигипертензивной терапии развитие гипертонических церебральных кризов наблюдалось только у 2 больных. Исследование неврологического статуса проводилось с оценкой общемозговых проявлений (церебральный синдром): головные боли, головокружение, состояние эмоционального фона. Оценка эффекта лечения проводилась по четырехступенчатой шкале «хорошо», «удовлетворительно», «отсутствие эффекта», «ухудшение». Анализ симптомов «церебрального» синдрома при нормализации АД выявил регресс головных болей – 66,6%, уменьшение головокружений – 44,4%, уменьшение вегетативных расстройств – 55,5%, улучшение эмоционального фона – 77,7%, ночного сна – 66,6%.

Выводы. Активное и своевременное лечение АГ способствует значительному снижению частоты мозговых инсультов. Препарат «Рамиприл» оказывает хороший гипотензивный эффект и рекомендуется для лечения АГ у пациентов с указанием на церебральные гипертонические кризы и в комплексном лечении состояний после перенесенных нарушений мозгового кровообращения – независимо от уровня артериального давления.