

Актуальные проблемы теоретической и клинической МЕДИЦИНЫ

№1-2 (3), 2013

Главный редактор

Алиев М.А., академик НАН РК, д.м.н., профессор

Заместитель главного редактора

Джайнакбаев Н.Т., д.м.н., профессор

Редакционная коллегия

Абисатов Х.Л., проф.
Абсатаров Э.А., проф.
Долматова И.А., проф.
Жангобылов А.К., проф.
Жантелиева Л.А., д.м.н.
Манишарипова А.Т., д.м.н.
Митковская О.А., проф.
Нурмагамбетов Т.С., генерал
Рахимов К.Д., проф.
Сулейменова Р.Н., проф.
Шокарева Г.В., проф.

Редакционный совет

Алчинбаев М.К., проф, РК
Баймаханов Б.Б. проф.
Батакова Д.С., проф. РК
Ботабекова Т.К., проф, РК
Беркинбаев С.Ф., проф, РК
Ведждет ОЗ, Турция
Локишин В.Н., проф, РК
Маринкин И.О., проф, Россия
Муминов Т.А., проф., РК
Николенко В.Н., проф., Россия
Попков В.М., проф. Россия
Ситников В.П., Проф., Россия
Тухвотшин Р.Р., проф, Киргизия

Адрес редакции

г. Алматы, 050004, ул. Турекулова, 71
Казахстанско-Российский медицинский университет
Тел. (327) 250 83 72

«Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины»
Собственник - НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Свидетельство о регистрации - №12178-ж от 29.12.2011 г.

Тип. «Идан», ул. Коммунальная, 39

Тираж 300 экз.

Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.

Содержание

Организация здравоохранения

Изучение распространенных социально-значимых заболеваний среди сельских жителей Казахстана передвижными медицинскими комплексами.

Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Ким З.Г., Ахмад Насир, Садырова Г., Калыбаева А.К., Аумолдаева З., Мукашева А., Ким А., Хомякова М., Даркеева А., Юнусова Г., Дуганова К., Сагындыкова Б., Касенов Д., Караманов Х., Люблинский А., Байназарова Г., Сагадиев А., Вдовцев А. (3)

Исследование качества воды в п. Гвардейск Кордайского района Жамбылской области. *Маншарипова А.Т., Джайнакбаев Н.Т., Ким З. Г., Ахмад Насир, Абдукаримов Б. У., Модина Н. И., Поминова Н. М., Северова Е. А. (5)*

Сравнительная клинико-экономическая оценка стационарзамещающих форм медицинской помощи больным пожилого возраста. *А.С. Гударенко, В.В. Чайковская. (9)*

Перспективы развития гериатрической помощи населению Республики Казахстан. *Чайковская В.В. (12)*

Влияние стресса на психологическое состояние и ресурсы адаптации гериатрических пациентов с соматической патологией. *Матвиец Л.Г., Чайковская В.В. (15)*

Результаты скрининга эндокринной патологии у жителей сельской местности Жамбылской области. *Садуакасова Ф.Д., Маншарипова А.Т., Ким З.Г., Ахмад Насир (22)*

Предварительные результаты скрининга факторов риска гастроэнтерологической патологии у жителей сельской местности Жамбылской области. *Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Аккасова Г.Т., Садуакасова Ф., Ким З.Г., Ахмад Насир, Садырова Г.А., Уалиева И.М., Мукашева К. (24)*

Кардиология

Результаты интервенционного лечения у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) Алматинской области, РК. *Ахмад Насир, Маншарипова А.Т., Ким З.Г. (25)*

Роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача кардиолога. *Шокарева Г.В. (27)*

Изучение роли полиморфизма гена репарации ДНК XRCC3 в предрасположенности к ишемической болезни сердца. *Беркимбаева З.А., Хусаинова Э.М., Джансуурова Л.Б., Маншарипова А.Т. (30)*

Комплексное лечение дисфункции эндотелия больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. *Ким З.Г., Маншарипова А.Т., Аширова Д.А., Исабекова А.Х., Биекенова Г.К. (33)*

Вопросы образования

Совершенствование мастерства онкологического обучения в повышении профессиональных знаний врачей. *Косаев А.К., Абисатов Х.А. (36)*

ЛОР

Опыт проведения слухоулучшающих операций при хроническом гнойном среднем отите и отосклерозе. *В.П.Ситников, Эль Рефай Хусам (39)*

Вариант консервативно-щадящей радикальной операции при хроническом гнойном среднем отите. *В.П. Ситников, Эль Рефай Хусам, Е.С. Ядченко (41)*

Хирургическое лечение больных с клинически неблагоприятными формами хронического гнойного среднего отита. *Эль - Рефай Хусам, В.П.Ситников (43)*

Клиническая фармакология

Optimization and development of phytopharmacological drugs with big activity. Survey article. *K.D. Rakhimov, E.M. Temirgaliyeva, E.L. Lee, S.D. Ualiyev, K.E. Kazantayev, J.A.Davilova, N.Sadikkizi. (45)*

Дерматология

Новые возможности в терапии вульгарных угрей. *Акимова С.А. (47)*

Комплексный подход в лечении заболеваний волос. *Акимова С.А. (49)*

Опыт наружного лечения пациентов с atopическим дерматитом. *Акимова С.А. (51)*

Юбилей

Райза Нисекешевна Есеналиева (54)

Изучение распространенных социально-значимых заболеваний среди сельских жителей Казахстана передвижными медицинскими комплексами

Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Ким З.Г., Ахмад Насир, Садырова Г., Калыбаева А.К., Аумолдаева З., Мукашева А., Ким А., Хомякова М., Даркеева А., Юнусова Г., Дуганова К., Сагындыкова Б., Касенов Д., Караманов Х., Люблинский А., Байназарова Г., Сагадиев А., Вдовцев А.

КРМУ, г. Алматы

Изучение состояния здоровья сельских жителей актуально вследствие отдаленности проживания их от развитой медицинской структуры и неполной доступности медицинских услуг [1, 2].

Целью работы было изучение распространенных социально-значимых заболеваний в условиях мобильной медицины среди сельских жителей Жамбылской области.

С целью изучения факторов риска, образа жизни и состояния здоровья лиц, проживающих в сельской местности нами проведен скрининг 500 жителей с. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области. Эпидемиологическое исследование было когортным и рандомизированным. ЭКГ исследования выполнялись с регистрацией в 12-ти общепринятых отведениях с помощью Кардиовизора (Россия). ИБС диагностировали на основании анализа анкеты-опросника (жалобы, анамнез жизни и болезни, физикальный осмотр), ЭКГ, зарегистрированного в состоянии покоя. Диагноз ИБС устанавливался при наличии одного или нескольких признаков: стенокардии напряжения, рубцовых изменений в миокарде - при наличии патологических зубцов Q и QS, с учетом анамнеза касающегося ИМ. Критериями АГ были систолическое АД³140 мм рт. ст. и / или диастолическое АД³90 мм рт. ст. Анализировалась частота АГ в зависимости от пола и возраста обследованных лиц.

Диагнозы сахарного диабета, хронических вирусных гепатитов, хеликобактерассоциированного гастрита, хронической ревматической болезни сердца, бронхиальной астмы устанавливались на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картине, лабораторных данных, анкетирования и с консультациями специалистов согласно принятой в РК классификацией.

Биологический материал от пациентов забирался согласно стандартным операционным процедурам для мобильных медицинских комплексов. С соблюдением правил асептики и антисептики, одноразовыми иглами, утром натощак производился забор крови из локтевой вены пациентов в вакуумные пробирки. Медицинские отходы: сбор, хранение и утилизацию проводили, соблюдая установленные санитарно-эпидемиологические правила и нормы (СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»). В капиллярной крови пациентов определяли методом сухой химии и согласно методике производителя уровни глюкозы, триглицеридов, холестерина, ЛПВП, ЛПОНП. Биохимические анализы проведены в мобильных медицинских комплексах согласно рекомендациям производителей: маркеры гепатита В (RO8-112), С (R64-100), D (WD-6296), хеликобактер пилори (R18-110), иммуноглобулин Е (R14-116), диск по обследованию печени на 13 показателей: АСТ, АЛТ, амилазу, кальций, креатинин,

гамма-глутамилтрансферазу, глюкозу, общий билирубин, общий белок, мочевины, альбумин, алкалин фосфатазу (H-400-7149-1), СРБ (UO2-004B); ревматоидный фактор (R15-110) (США).

Статистика проводилась с помощью статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н.Лапач [3]. Сравнимые данные были проверены на нормальность распределения. В группах, где «распределение» материала характеризовалось по закону Гаусса (Gaussian) как «нормальное», полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики с использованием двух-выборочного t-критерия Стьюдента или F-критерий Фишера (гипотеза о равенстве дисперсий). В группах, где «распределение» материала характеризовалось как «ненормальное», использовался непараметрический двух-выборочный критерий Уилкоксона (W-критерий). Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$), не имеющие нормального распределения - как медиана (25;75 перцентили). При сравнении статистических гипотез использовали критический уровень значимости $P < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

С целью выявления основных социально-значимых заболеваний и факторов риска их развития нами выполнен следующий объем работы в передвижных медицинских комплексах (ГМК), таблица 1.

Таблица 1 - Объем выполненных исследований сотрудниками КРМУ в ГМК

Вид исследования	Количество
Анкетирование	500
Антропометрия	500
Физикальный осмотр	500
Определение частоты и характера пульса	500
Измерение АД	500
ЭКГ	500
ЧДД	500
ПСВ	500

Нами был начат анализ проведенного скрининга сельского населения п. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области.

Нами был проведен скрининг взрослого населения п. Отар и Гвардейск Жамбылской области, сделаны им ла-

бораторные анализы. Так, в крови определялись уровни глюкозы, триглицеридов, холестерина, ЛПВП, ЛПОНП, маркеры гепатита В (RO8-112), С (R64-100), D (WD-6296), хеликобактер пилори (R18-110), иммуноглобулин Е (R14-116), качественный анализ на АСТ, АЛТ, амилазу, кальций креатинин, гамма-глутамилтрансферазу, глюкозу, общий билирубин, общий белок, мочевину, альбумин, алкалин фосфатазу (H-400-7149-1), уровень СРБ (UO2-004B), количественный анализ ревматоидного фактора (R15-110).

Предварительный анализ результатов проведенного скрининга показал, что диагноз ИБС может быть поставлен у $2,5 \pm 0,9\%$ жителей, в том числе среди мужчин — $3,1 \pm 0,7\%$, среди женщин — $2,4 \pm 0,6\%$. Распространенность ИБС увеличивается с увеличением возраста и при скрининге населения п. Отар и Гвардейск более половины населения старше 70 лет страдало ИБС. Нами выявлено, что уровень общего холестерина крови был больше 5,0 ммоль/л у 28,1% жителей. При анализе липопротеидов нами обнаружено, что у 23,4% жителей концентрация ЛПНП крови была больше 3,5 ммоль/л. У 4,9% жителей с. Отар и Гвардейск концентрация ЛПВП крови была меньше 0,9 ммоль/л. При исследовании уровня триглицеридов обнаружено, что у 34,2% жителей концентрация триглицеридов крови была больше 2,3 ммоль/л. Предварительные данные показывают наличие такого фактора риска развития сердечно-сосудистой патологии, как избыточная масса тела. Предварительный анализ результатов скрининга на наличие артериальной гипертензии показал, что с большой вероятностью АГ составляет среди взрослого населения $26,6 \pm 2,7\%$, среди мужчин — $19,4 \pm 8,6\%$, среди женщин — $33,2 \pm 10,5\%$. Распространенность АГ увеличивается с увеличением возраста и при скрининге населения п. Отар и Гвардейск более две трети населения старше 60 лет страдало АГ.

Актуальность борьбы с сахарным диабетом (СД) обусловлена, прежде всего, тем, что распространенность СД увеличивается и в РК составляет до 4,1% населения. Проблема СД заключается не только в самом наличии заболевания, чаще всего основной угрозой для жизни является развитие его тяжелых сосудистых осложнений. Гипергликемия на ранних стадиях приводит к специфическим структурно-функциональным изменениям различных органов-мишеней, что проявляется развитием и прогрессированием, так называемых поздних осложнений СД. В нашем исследовании сахарный диабет был диагностирован в $6,1 \pm 0,9\%$ случаях, в том числе диагностируется как среди мужчин, так и среди женщин. Распространенность сахарного диабета увеличивается с увеличением возраста, так при скрининге населения п. Отар и Гвардейск более одной четверти населения старше 50 лет страдало сахарным диабетом. Нами установлено, что содержание глюкозы выше 5,5 ммоль/л было у 12,5% жителей с. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области. В данное время нами обрабатываются полученные данные по распространенности хронических гепатитов.

Таким образом, нами начато изучение распространенности социально-значимых заболеваний в Кордайском районе Жамбылской области.

Использованные источники

- 1 Келимбетов С.М. Вопросы реформирования и развития ПМСП // Матер.научно-практ.конф.-Астана.- 2005.- С. 83-85.
- 2 Стародубов В. И., Соболева Н. П., Лукашев А. М. Управляемые факторы риска в профилактике заболеваний. – Москва, 2003.- 304с.
- 3 Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel- Киев.- 2000.- 319 с.

Исследование качества воды в п. Гвардейск Кордайского района Жамбылской области

Манишарипова А.Т., Джайнакбаев Н.Т., Ким З. Г., Ахмад Насир, Абдукаримов Б. У., Модина Н. И.,
Поминова Н. М., Северова Е. А.

КРМУ, г. Алматы

НИИКуВБ, г. Алматы

Актуальность проблемы

Общей целью данного научного исследования являлось установление причинно-следственной связи заболеваний с загрязнением окружающей среды, в частности, источников водоснабжения.

Для этого были проведены лабораторные исследования на биологических объектах, а также сравнительный анализ уровня заболеваемости групп населения и воздействия факторов в районе их проживания. Поэтому для разработки экспериментальной модели выявления и профилактики патологических и донозологических состояний среди сельского населения на основе принципа гидрологического районирования проведено сравнение данных скрининга по заболеваемости сельского населения и данных по качеству питьевой воды из водозаборов базовых сельских населенных пунктов. Исходя из вышесказанного, для отбора проб воды использовали одни и те же базовые сельские населенные пункты, что и для скрининга.

Материалы и методы

В 2012 г были изучены следующие объекты мониторинга – образцы (пробы) хозяйственно-питьевых вод (далее «ХПВ») из систем водоснабжения отдельных участков Кордайского района Жамбылской области Республики Казахстан и контрольная проба природной воды из системы водоснабжения в лаборатории экспериментальной медицины (г. Алматы, ул. Казыбек би 117). Нами проведен сравнительный анализ полученных данных с нормативами. Была проведена бальнеологическая оценка качества питьевой воды базовых сельских регионов РК на соответствие санитарным правилам и нормативам физиологической полноценности.

Полученные результаты и обсуждение

Исследование установило, что контрольная проба природной воды из системы водоснабжения в лаборатории является ультрапресной ($0,13 \text{ г/дм}^3$) слабощелочной (рН-7,5) хлоридно-гидрокарбонатной натриево-кальциевой питьевой водой низкой общей жесткости ($1,23 \text{ ммоль/дм}^3$), содержащей окисное железо на предельно допустимом уровне (таблица 1).

Содержание фтора – $0,70 \text{ мг/дм}^3$ при ПДК – $1,50 \text{ мг/дм}^3$. Органолептические показатели воды сложные: свежезабранная вода имеет специфический запах хлорки, при непродолжительном отстаивании образуется бурый осадок гидроксида железа, обуславливающий при осадке мутность воды. При употреблении этой питьевой воды рекомендуем предварительное тщательное отстаивание воды в течение 30 минут не менее. На период изучения, данная хозяйственно-питьевая вода, предварительно отстоянная, при условии удовлетворительного санитар-

но-микробиологического и радиологического состояния, с проведением предварительного отстаивания в течение не менее 30 минут, предварительно оценивается как соответствующая ГОСТу 2874-82, Санитарным правилам (ПП РК от 18. 01.2012 г. № 104). В результате проведенных гидрохимических исследований установлено, что пос. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области РК является неблагоприятным по качеству хозяйственно-питьевой воды (таблица 2).

Таблица 1 - Основные физико-химические свойства воды из системы водоснабжения г. Алматы (контроль)
Наименование НД: ГОСТ 2874-82, СанПин (ПП РК от 18. 01.2012 г. № 104).

№ акта отбора пробы и дата отбора пробы: без акта, 08.08.2012 г. Лаб. номер пробы: 82.

Дата поступления пробы: 20.06.2012 г. Дата выполнения испытаний: 20.06. - 04.07.2012 г.

Условия проведения испытаний: температура °С: 22,8; относительная влажность 77%.

Основные физико-химические свойства

рН: 7,5. Органолептические свойства: Мутность, ЕМФ/дм³: 0; Цветность, градусы: 10;

Запах, баллы: 3 ; Осадок: бурый осадок гидроксида железа Fe (OH)³

Наименование определяемой характеристики	Обозначение НД на метод испытания	Норма по ГОСТ 2874-84	Результат полученный лабораторией
Жесткость общая, ммоль/дм ³	ГОСТ 4151-72, метод А	7,00	4,10
Карбонатная жесткость, ммоль/дм ³	ГОСТ 26449.2-85, п. 5	-	2,75
Общая щелочность ммоль/дм ³	ГОСТ 26449.2-85, п. 5	-	2,75
Постоянная жесткость ммоль/дм ³		-	1,35
Соотношение Cl/SO ₄		-	0,58

В 1 дм³ содержится:

Катионы	мг	ммоль	ммоль %
Na+K	12,7	0,55	30,6
NH ₄ ⁺	<0,10		
Ca ²⁺	19,00	0,95	52,8
Mg ²⁺	3,4	0,28	15,6
FFe ²⁺	<0,01		
Fe ³⁺	0,33		
Итого :	35,4	1,80	100

Анионы:	мг	Моль	ммоль %
Cl ⁻	90,3	2,55	15,9
SO ₄ ²⁻	428,9	8,93	55,8
NO ₃ ⁻	90,0	1,45	9,1
NO ₂ ⁻	<0,01		
CO ₃ ²⁻	не обнаружено		
HCO ₃ ⁻	183,1	3,00	18,8
F ⁻	1,34	0,07	0,4
J ⁻	не обнаружено		
Br	не обнаружено		
Итого :	151,1	2,66	100

	Единицы измер.	Количество
SiO ₂ /H ₂ SiO ₃	мг/дм ³	9,0/11,7
Общая минерализация М	мг/дм ³	1128,6
Сухой остаток при 105°C	мг/дм ³	982,0
M-1/2 HCO ₃ ⁻	мг/дм ³	1037,1

Тяжелые металлы (мг/дм³):

Cu - 0,002 (ПДК 1,0), Fe - 0,335 (ПДК 0,3), Zn - 0,01 (ПДК 5,0), Pb - 0,012 (ПДК 0,03).

В результате проведенных гидрохимических исследований установлено, что пос. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области РК является неблагополучным по качеству хозяйственно-питьевой воды (таблица 2).

Таблица 2 - Основные физико-химические свойства воды природной из системы водоснабжения пос. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области РК.

Наименование НД: ГОСТ 2874-82, СанПин (ПП РК от 18. 01.2012 г. № 104).

№ акта отбора пробы и дата отбора пробы: без акта, 08.08.2012 г. Лаб. номер пробы: 111.

Дата поступления пробы: 09.08.2012 г. Дата выполнения испытаний: 09.08. -05.09.2012 г.

Условия проведения испытаний: температура °С : 29,6; относительная влажность % : 57

Основные физико-химические свойства

Т°С воды: - ; Т°С воздуха - ; рН: 7,80;

Органолептические свойства: Мутность, ЕМФ/дм³: 0; Цветность, градусы: 0;

Запах, баллы:0 ; Осадок: без осадка

В 1 дм³ воды содержится:

Катионы	мг	Моль	ммоль %
Na+K	213,0	9,26	57,8
NH ₄ ⁺	<0,1		
Ca ²⁺	78,2	3,90	24,4
Mg ²⁺	34,0	2,80	17,5
FFe ²⁺	<0,01		
Fe ³⁺	0,10		
Итого :	326,0	16,00	100

Установлено, что проба природной воды из скважины б/н, расположенной в пос. Гвардейский, является слабо-минерализованной (1,13 г/дм³) слабощелочной (рН-7,80) сложной гидрокарбонатно-сульфатной магниево-кальциево-натриевой водой значительной общей жесткости (6,70 ммоль/дм³) неудовлетворительного санитарно-химического состояния, содержащей высокую концентрацию нитратов (90,0 мг/дм³). Выявленное содержание нитратов - 90,0 мг/дм³ в 2 раза превышает ПДК (45 мг/дм³) и является высоким для данной зоны, что обусловлено незащищенностью скважины от поверхностного загрязнения и привнесом данного компонента с поверхности. Содержание свинца составляет - 0,05 мг/дм³, что в 1,6 раза превышает ПДК (0,03 мг/дм³).

Следует также отметить, что данная вода (В-2) содержит значительную концентрацию общего железа - 0,10 мг/дм³ при ПДК -0,30 мг/дм³. Общая минерализация данной воды - 1,13 г/дм³ находится на предельно допустимом уровне для хозяйственно-питьевых вод (не более 1,0 г/дм³).

Такой уровень соленасыщенности и общей жесткости обуславливает склонность данной воды к выпадению осадка жестких солей при длительном хранении, при кипячении, а также при резком колебании температур при хранении. Содержание фтора не превышает установленного норматива - 1,34 мг/дм³ при ПДК - 1,50 мг/дм³. В связи с азотным загрязнением считаем данный водоисточник незащищенным от поверхностного загрязнения.

На период изучения предварительно оценивается как не соответствующая ГОСТу 2874-82, Санитарным правилам (ПП РК от 18. 01.2012 г. № 104) .

2.2 Исследование хронической токсичности

Динамика массы тела крыс после употребления В-1 и В-2, а также в контрольной группе отражена в таблице 1. У всех животных, независимо от введенной дозы и сроков обследования, не установлено влияния воды на массу тела.

Таблица 1 - Динамика изменения массы тела крыс при введении

Группа	1 день (до введения)	7 день	15 день	30 день
1	218,3±7,64	246,7±11,55	255,1±8,85	265,2±8,0
2	226,7±4,75	256,5±5,81	266,0±5,51	270,1±6,21
контроль	217,5±6,5	238,5±5,77	249,1±7,55	263,0±5,67
Примечание - различия по отношению к группе «контроль» статистически значимы: * - p < 0,05, ** - p < 0,001				

После употребления тестируемых вод у подопытных животных наблюдали увеличение массы тела примерно на 13 %, что достоверно не отличалось от контрольной группы.

Данные, полученные при изучении соматических реакций организма подопытных крыс при употреблении тестируемых вод, представлены в таблице 2. Ежедневные наблюдения в течение 7, 15 и 30 суток за животными, получавшими В-1, не выявили каких-либо отклонений в их состоянии и поведении по сравнению с животными контрольной группы. Крысы хорошо поедали корм и прибавляли в массе не меньше животных из контрольных групп, их двигательная активность и иные внешние признаки поведения не изменялись. Не наблюдалось почесываний, взъерошивания шерсти, чихания, кашля. В первую неделю, животные, получавшие В-2, неохотно пили. Употребление воды, в данной группе уменьшилось в 2 раза. Затем, употребление воды восстановилось. В группе с применением В-2 отмечали потемнение стула. После 15 дней употребления воды у животных отмечали появление конъюнктивитов, изменение шерстяного покрова (тусклый, желтый), сухость кожи, загрязнение анального отверстия. Животные стали более вялыми, пассивными, по сравнению с контрольной группы. Сухость кожи и изменение волосяного покрова может быть следствием избыточного железа, утомляемость - повышенного содержания нитратов.

Таблица 2 - Влияние воды из базовых сельских районов на соматические показатели

Признаки	Сроки наблюдения	Контроль	В-1	В-2
Клинический осмотр животного в клетке содержания, в руках и на открытой площадке	24 ч	- П	- П	- П
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
	До 30 суток	N	N	- П

Описание дыхания *	24 ч	N	N	N
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
	До 30 суток	N	N	N
Окраска и состояние слизистых оболочек	24 ч	N	N	N
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
Состояние волосяного и кожных покровов**, в том числе	24 ч	N	N	-
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
Раны	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
Кровотечения	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
Потребление корма **	24 ч	N	N	N
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
Употребление воды	24 ч	N	N	-
	До 7 суток	N	N	-
	До 15 суток	N	N	N
Частота мочеиспускания	24 ч	N	N	-
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
Частота дефекации, консистенция кала ****	24 ч	N 1	N 1	N 1
	До 7 суток	N 1	N	N 1
	До 15 суток	N 1	N	2
Диарея	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
Дегидратация	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
Интенсивность и характер двигательной активности	24 ч	N	N	N
	До 7 суток	N	N	N
	До 15 суток	N	N	N
Боковое положение	24 ч	N	N	N
	7 суток	N	N	N
	15 суток	N	N	N
Сутулая поза	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
	До 30 суток	N	N	N

Нахохливание	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
	До 30 суток	—	—	—
Наличие и характер судорог	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
Реакция на раздражители***	24 ч	N	N	N
	7 суток	N	N	N
	15 суток	N	N	N
Издаваемые звуки	24 ч	N	N	N
	7 суток	N	N	N
	15 суток	N	N	N
Захваты и конвульсии	24 ч	—	—	—
	7 суток	—	—	—
	15 суток	—	—	—
Исследовательская активность	24 ч	-	-	-
	До 7 суток	-	N	N
	До 15 суток	N	N	N
Гибель животных	24 ч	—	—	—
	До 7 суток	—	—	—
	До 15 суток	—	—	—
	До 30 суток	—	—	—

Примечания -
 1 * – Описание дыхания: Б – быстрое, М – медленное, З – затрудненное, N – нормальное.
 2 ** В – видимое улучшение, Г – гной.
 3 *** описание реакции - П – пассивная, А – агрессивная, И – избегание, N – нормальная.
 4 «—» - отсутствие признака;
 N - не отличающиеся от нормы показатель;
 «+» или «-» умеренно выраженный признак (более 20% от нормы);
 «++» или «--» выраженный признак (30 – 60 % от нормы);
 «+++» или «---» ярко выраженный признак (60% от нормы). 4)
 5 **** - Описание консистенции стула: 1- плотный, сохраняющий форму, 2- мягкий, оформленный, 3- размяченный, влажный, начинающий терять форму, 4 - кашцеобразный, неоформленный, 5 – жидкий водянистый.

Таким образом, ежедневные наблюдения в течение 30 суток за животными, получавшими воду из пос. Гвардейский Кордайского района Жамбылской области появились внешние проявления токсичности.

Выводы

- В результате проведенного мониторинга установлено, что пос. Гвардейск Кордайского района Жамбылской области РК является неблагополучным по качеству хозяйственно-питьевой воды из системы водоснабжения, которая загрязнена нитратами в концентрации - 90,0 мг/дм³ при ПДК – не более 45 мг/дм³ и характеризуется значительной степенью минерализации - 1,13 г/дм³, превышающей норматив - 1,0 г/дм³, для питьевых вод постоянного употребления. Повышенная жесткость изученной воды - 6,70 ммоль/дм³ при ПДК-7,00 ммоль/дм³ является фактором, усложняющим ее хозяйственно-питьевое использование. Использование данной воды в установленном составе

должно быть запрещено органами Санэпиднадзора с предложением по предварительному умягчению и очистке исходной воды от азотного загрязнения. Выявленный факт несоответствия свидетельствует о том, что несмотря на наличие нормативной базы, региональные ЦСЭЭ не ведут контроль качества используемых ХПВ.

- В результате проведенного этапа мониторинга выявлены индикаторы риска, среди которых особое место занимает высокий сухой остаток - повышенный и высокий показатель общей жесткости образцов, находящийся на

уровне 7,00 ммоль/дм³, или его превышающий, азотное загрязнение, а также неудовлетворительные органолептические показатели, представленные хлорным запахом, повышенной мутностью, повышенной цветностью.

- Проведение стандартного хронического токсикологического исследования на животных проб питьевых вод в течение 30 дней из пос. Гвардейск Кордайского района Жамбылской области РК показало ухудшение состояния кожи, волосяного покрова, появление конъюнктивитов, высокую утомляемость животных.

Сравнительная клинико-экономическая оценка стационарзамещающих форм медицинской помощи больным пожилого возраста

А.С. Гударенко мл. науч. сотр. лаб. социальной геронтологии, В.В. Чайковская д.мед.н., зав. лаб.

социальной геронтологии

ГУ “Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины”

УДК 614.2.001.5:362.6

Аннотация

А.С. Гударенко, В.В. Чайковская

Сравнительная клинико-экономическая оценка стационарзамещающих форм медицинской помощи больным пожилого возраста

Ключевые слова: пациенты пожилого возраста, стационарзамещающие формы медицинской помощи.

Проанализовано в динамике оказание стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи людям пожилого возраста в г. Киеве.

Полученные данные показали, что стационары на дому по оценкам медицинской, экономической и социальной эффективности являются оптимальной формой оказания медицинской помощи больным пожилого возраста.

Демографическое постарение населения Украины, высокий уровень заболеваемости данной возрастной категории, недостаточное удовлетворение потребности в медпомощи больных пожилого возраста, значительная затратность стационарной медпомощи в условиях ограниченного финансирования, определяют необходимость поиска новых альтернативных форм обеспечения населения пожилого возраста доступной и эффективной медицинской помощью [1, 2, 3, 7].

Реформирование медицинской отрасли в Украине направлено на сокращение объектов дорогостоящей стационарной помощи путем развития стационарзамещающих ее форм (дневные стационары и стационары на дому), широкое внедрение которых может стать существенным рычагом в решении проблемы эффективной, доступной медицинской помощи больным пожилого возраста [1, 6, 10, 11, 12, 14].

Последние годы в выборе отдельных форм и видов медицинской помощи широко используется клинико-экономический анализ, являющийся основным механизмом, который позволяет обеспечить население доступной и эффективной медицинской помощью. Результаты медико-экономического анализа являются необходимой предпосылкой улучшения существующих и разработки новых форм предоставления медицинской помощи населению [4, 5].

Цель исследования

- сравнительная клинико-экономическая оценка стационарных и стационарзамещающих форм медицинской помощи больным пожилого возраста.

Материалы и методы

Анализ медицинской помощи и ее стоимости осуществлялся на основании данных историй болезни и карт обследования пациентов в возрасте более 60 лет с заболеваниями органов кровообращения, которые лечились в стационаре и стационарзамещающих медицинских учреждениях г. Киева, отбор данных определялся случайной выборкой. Данные относительно характера болезни, медикаментозной терапии и ее стоимости выкопировались на специально разработанную «Карту клинико-экономического анализа». Клинико-экономические исследования выполнены в соответствии с существующими рекомендациями [8, 9, 13].

При проведении клинико-экономического анализа нами учитывались прямые медицинские затраты на оказание стационарной и стационарзамещающей медицинской помощи.

Клинико-экономическая эффективность отдельных форм оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста оценивалась по критерию «затраты/эффективность» [4, 9].

Показатель «затраты/эффективность» рассчитывали по формуле:

$$CER = \frac{DC + IC}{Ef}, \text{ где (1)}$$

CER (cost-effectiveness ratio) – соотношение “затраты/эффективность” (показывает затраты на единицу эффективности, например, сколько стоит лечение 1 пациента с положительным эффектом);

DC (directe cost) – прямые затраты;

IC (indirecte cost) – непрямые затраты;

Ef – эффективность лечения.

Полученный материал обрабатывался с использованием пакетов прикладных программ Statistica 8.0. Достоверность различий результатов определялась по критериям: t-критерий Ст'юдента [15].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного клинико-экономического анализа выявили существенные различия в затратах на лекарства при использовании отдельных форм оказания медицинской помощи. Так, стоимость кардиологических лекарственных средств на 10 дневный курс лечения одного

Таблица 1. Затраты на кардиологические ЛС отдельных фармакотерапевтических групп в зависимости от формы предоставления медицинской помощи (грн. на курс лечения 1 больного)

Код АТС	Фармакотерапевтические группы	Стоимость (грн.)		
		контрольная группа	основная группа	
		круглосуточный стационар	дневной стационар	стационар на дому
C09	ИАПФ	3,62±0,28	8,70±1,70*	6,50±0,09*
B01	Антиагреганты	1,67±0,13	5,19±0,81*	1,02±0,07
C07	β-адреноблокаторы	2,15±0,17	3,19±0,73	3,98±0,37*
C04	Антагонисты кальция	2,54±0,16	1,30±0,06	3,86±0,29
C01D	Антиангинальные средства	1,67±0,13	5,19±0,69*	3,53±0,24*
C10	Гиполипидемические средства	1,05±2,1	27,35±7,18*	11,44±2,10*
C07	Антиаритмические средства	0,90±0,07	1,02±0,04	0,98±0,03
C03	Диуретики	1,01±0,03	0,78±0,02	1,27±0,05
C01A	Сердечные гликозиды	2,02±0,05	0,48±0,02*	0,93±0,03*
C01E	Средства метаболической терапии	3,65±2,30	168,43±9,10*	71,19±6,40*
C01	Другие	1,29±0,07	2,17±0,08*	6,09±0,70*
Всего		73,77±5,90	202,66±10,1*	122,77±9,40*

Примечание. * - $p < 0,05$ в сравнении с круглосуточным стационаром

Таблица 2. Затраты на лечение сопутствующей патологии у больных пожилого возраста в зависимости от форм предоставления медицинской помощи (грн. на курс лечения)

Код	Фармако-терапевтическая группа	Формы предоставления медицинской помощи		
		круглосуточный стационар	дневной стационар	стационар на дому
R01-R07	Средства для лечения респираторной системы (в т.ч. антибиотики J07)	52,1±8,7	5,8±0,9*	25,3±9,1*
A01-A07	Средства для лечения органов пищеварения	8,3±1,4	1,1±0,05*	9,1±1,7
V00-V09	Средства для лечения костно-мышечной системы	5,1±0,7	2,3±0,08*	4,3±0,9
	Другие лекарственные средства	6,4±0,7	3,1±0,4	5,2±0,6
Всего		71,9±5,1	12,3±1,4*	43,9±3,9

Примечание. * - $p < 0,05$ в сравнении с круглосуточным стационаром

пожилого пациента с заболеваниями органов кровообращения составляла в стационаре круглосуточного пребывания 73,8±5,9 грн., в дневном стационаре - 202,7 ±11,9 грн., в стационаре на дому - 122,8±8,8 грн.

При всех формах оказания медицинской помощи наибольшие средства были потрачены на приобретение средств метаболической терапии, что обусловлено как значительной частотой назначения данной группы лекарств пациентам пожилого возраста, так и высокой их ценой. Второе место за стоимостью во всех обследованных группах принадлежало гиполипидемическим средствам, третье – ингибиторам АПФ (таб.1).

Затраты на ЛС других фармакотерапевтических групп существенно варьировали в зависимости от формы оказания медицинской помощи. В круглосуточном стационаре больше средств было потрачено на антагонисты кальция, β-адреноблокаторы и сердечные гликозиды, в дневном стационаре – на антиагреганты, антиангинальные средства, β-адреноблокаторы, в стационаре на дому - β-адреноблокаторы, антагонисты кальция, антиангинальные средства.

Клинико-экономический анализ медикаментозной терапии сопутствующей патологии показал что на лечение сопутствующих заболеваний затраты были наибольшими в круглосуточном стационаре (71,9±3,9 в ходе лечения), что обусловлено высокой частотой назначения дорогостоящих антибиотиков для лечения воспалительных заболеваний органов дыхания (пневмония, острый бронхит). В стационаре на дому также преобладали затраты на лечение респираторных заболеваний, но они были в два раза меньше, чем в круглосуточном. Расходы на лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения, костно-мышечной системы и других заболеваний в круглосуточном стационаре и стационаре на дому существенно не различались

(таб. 2).

Затраты на медикаментозную помощь были самыми низкими в круглосуточном стационаре (147,1±31,1 грн за курс лечения). В стационаре на дому они были больше на 14,1%, в дневном стационаре – на 54,5%.

Общие затраты на курс лечения одного больного, включающие затраты на медикаменты, питание больных, заработную плату персонала, коммунальные и прочие расходы, составляли в круглосуточном стационаре 1477,98±101,40 грн., в дневном – 775,00±48,6 грн., в стационаре на дому – 459,36±49,80 грн.

С целью оценки медицинской эффективности стационарной и стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи больным пожилого возраста был проведен анализ «затраты/эффективность».

Лечение считали эффективным, если пациент был выписан с улучшением или выздоровлением и неэффективным, если до окончания лечения состояние пациента не улучшилось или наступило его ухудшение.

Результаты анализа не выявили существенных различий между эффективностью лечения в круглосуточном стационаре (93,7%) и стационаре на дому (91,6%). Наиболее эффективным лечение было в дневном стационаре (97,8%).

Для определения затрат на одного пациента с положительным эффектом лечения был рассчитан коэффициент «затраты/эффективность», который составлял в круглосуточном стационаре 1577,3 грн./1 больного, в дневном - 792,0 грн/1 больного, в стационаре на дому – 506,5 грн./1 больного.

Таким образом, результаты проведенного анализа показали клинико-экономическое преимущество стационара на дому, где сумма затрат на одного пациента с положительным эффектом лечения был меньше по сравнению

с круглосуточным стационаром в 2,5 раза, с дневным стационаром – в 1,5 раза.

По показателям социальной эффективности также обнаружено преимущество стационаров на дому, которые по оценке больных являются наиболее удобной формой организации лечения. Это обеспечивается скоординированным сотрудничеством врачей общей практики – семейной медицины, работников гериатрического волонтерского центра, центра социального обслуживания пенсионеров и Красного Креста.

Выводы

Данные, полученные в ходе исследований показали, что стационары на дому по оценкам медицинской, экономической и социальной эффективности являются оптимальной формой оказания медицинской помощи больным пожилого возраста. Лечение в стационаре на дому не связано с изоляцией больного, нарушением микросоциального уровня адаптации, его легче воспринимают больные, оно более выгодно с экономической точки зрения, а по эффективности не уступает лечению в круглосуточном стационаре.

Литература

- Безруков В.В. Организация долговременной помощи людям пожилого возраста / В.В. Безруков, Н.В. Вержиковська, В.В. Чайковська // Ж. АМН України. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 326-345.
- Безруков В.В. Стан здоров'я і надання медичної допомоги літнім людям / В.В. Безруков, Н.В. Вержиковська, В.В. Чайковська // Журнал АМН України. – 2007. – Т. 13, № 2. – С. 291-305.
- Безруков В.В. Шляхи вдосконалення медико-соціальної допомоги людям літнього віку в Україні / В.В. Безруков, Ю.В. Вороненко // Проблеми старення і догляду. – 2004. – №3. – С. 221-224.
- Воробьев П.А. Клинико-экономический анализ / П.А. Воробьев, М.В. Авксентьева, А.С. Юрьев, М.В. Сура. – М.: Ньюдиамед, 2004. – 404 с.
- Вуїв О.Г. Проблеми визначення економічної та медичної ефективності стаціонарної допомоги та використання ліжкового фонду в сучасних умовах (огляд наукової літератури) / О.Г. Вуїв // Український медичний часопис. – 2007. – №4 (60). – С. 9-14.
- Гударенко О.С. Стаціонарзамінючі форми надання медичної допомоги хворим літнього та старечого віку в умовах великого

міста / О.С. Гударенко, М.М. Яровий // Проблеми старення і догляду. – 2010. – Т. 19, №2. – С. 191-196.

Лехан В.М. Система охорони здоров'я в Україні. Підсумки, проблеми, перспективи. - К: Сфера, 2003. – 27 с.

Мальцев В.И. Методология проведения фармакоэкономических исследований / В.И. Мальцев, Т.К. Ефимцева, Д.Ю. Белоусов // Украинский медицинский часопис. - 2002. - №5 (31). - С. 20-29.

Немченко А.С. Методологічні аспекти фармакоеконіміки / А.С. Немченко, І.В. Жирова // Клінічна фармація. – 2002. – Т. 6, №2. – С. 4-7.

Нові стаціонарзамінючі форми надання медико-санітарної допомоги населенню. У кн.: Наука і соціальні проблеми суспільства: медицина, фармація, біотехнологія / О.В. Любінець, І.І. Фуртак, В.М. Гринаш, В.А. Турик. - Тези доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції, 21-23 травня 2003 р., Харків, С. 124.

Організація роботи стаціонару вдома при поліклініці / О.С. Каневський, І. М. Гбляк, С.І. Паніна, Т.І. Цибуліна // Медицина залізничного транспорту. – 2003. - №4. – С. 91-93.

Пономаренко В.М. Сучасний стан і перспективи розвитку стаціонарзамінних форм медичної допомоги / В.М. Пономаренко, Л.І. Галієнко, М.В. Медведовська // Вісник соц. гіг. та організації охорони здоров'я України. – 2001.-№3. – С. 39-42.

Фармакоеконімічний аналіз в гериатрії: Метод. рекомендації. / [Купраш Л.П., Єна Л.М., Єхнева Т.Л., Петриченко А.Ю., Грінченко Ю.О., Купраш О.В., Гударенко О.С.]; ДУ "Інститут геронтології АМН України" – К: ДУ "Інститут геронтології АМН України", 2007. – 30 с.

Чайковська В.В. Гериатрична допомога населенню України: сучасний стан і перспективи розвитку / В.В. Чайковська // Журнал практичного лікаря. – 2007. - №5-6. - С. 2-5.

Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – Санкт-Петербург, 2002. – 191 с.

*A.S. Gudarenko. V.V. Chaikovska
Comparative Clinical-Economic Evaluation Of Medical
Care Provision For Elderly Population*

*Key words: elderly patients, domestic and day center forms
of medical service.*

*The analysis of development of provision of domestic and
day center forms of medical service for elderly patients in
Kiev has been made.*

*The data obtained showed that hospitals at home according
to the medical, economic and social efficiency are the best form
of care patients older.*

Перспективы развития гериатрической помощи населению Республики Казахстан

Чайковская В.В.,

Институт геронтологии им. Д.Ф.Чеботарёва НАМН Украины, главный геронтолог МЗ Украины, Киев, Украина

Старость – это не другая планета, а то, что в лучшем случае, ожидает каждого из нас.

А.Экзюпери

Цивилизованный мир сегодня вынужден говорить о глобальном старении. Если 60 назад, в 1950-м, во всем мире проживали 200 млн. людей пожилого возраста, то сейчас их 760 млн. Ожидается, что через 15 лет эта цифра превысит миллиард, а к середине нынешнего столетия, по прогнозам ученых, на планете будет более двух миллиардов людей пожилого возраста. Наряду с этим растет количество людей 80 лет и старше. Конечно, это вселяет оптимизм, ведь повышается вероятность, что мы будем жить долго. Но актуальным остается вопрос, будем ли мы при этом счастливы, сможем ли вести в старости активный образ жизни, жить полноценно.

Республика Казахстан относится к демографически стареющим странам мира. Доля населения старше 60 лет и старше составляла в 2011 г. 9,9 % с прогнозируемой тенденцией к ее дальнейшему повышению к середине столетия до 25%, в том числе доля людей 80 лет и старше увеличится более, чем в 3 раза (ВОЗ, 2002).

Средняя продолжительность жизни в Казахстане составляет 69 лет (мужчин 64,2 года., женщин – 73,8 года.), что ниже, чем в странах Центральной Европы на 4-5 лет, а в странах Западной Европы - почти на 11-13 лет.

Для населения пенсионного возраста уровни заболеваемости, первичной инвалидности и смертности соответственно в 2,3, 1,5 и 8 раз выше, чем в трудоспособном возрасте, что детерминировано возрастными изменениями организма. Это определяет увеличение численности людей, которые по состоянию здоровья нуждаются в активной поддержке со стороны общества, а соответственно, готовности служб принять этот вызов.

Ухудшение с возрастом состояния здоровья пожилых людей сопровождается значительными изменениями объема и характера их потребностей в различных видах медицинской помощи и обуславливает необходимость переориентации современных систем предоставления медицинской помощи населению пожилого возраста на внебольничные формы обслуживания. Последние не только не уступают традиционному стационарному лечению, но и более экономически выгодны. Так, по данным ВОЗ, предоставление адекватной профилактической первичной медицинской помощи людям 65 лет и старше на 17% снижает уровень их смертности и на 23% повышает желание жить в общине, а отсутствие систематичности первичной помощи пожилым людям оборачивается увеличением их потребности в госпитализации.

По усредненным данным состояния здоровья 40 % населения старше трудоспособного возраста нуждаются в периодическом медицинском наблюдении с проведением профилактических реабилитационных мероприятий, 40 %

- постоянном активном медицинском наблюдении с проведением 1-2 раза в год курсов восстановительного лечения, 15 % - интенсивном стационарном лечении с последующими мероприятиями медико-социальной реабилитации, 5% - постоянной ежедневной медицинской и социально-бытовой помощи в полном объеме (долговременной или паллиативной помощи). Среди населения старше 70 лет - 20% нуждаются в ежедневной социально-бытовой помощи, 80 % постоянно принимают лекарства, среди людей старше 80 лет - 20% нуждаются в специализированной психиатрической помощи.

К сожалению, современный уровень оказания медицинской и социальной помощи населению пожилого возраста не соответствует его реальным потребностям и имеет высокую социально-демографическую стоимость. Причем для пожилых жителей сельской местности качество и доступность медицинской помощи значительно ниже, чем для городских.

Гериатрическая помощь предоставляется в системе общих учреждений здравоохранения и специальных гериатрических структурах Министерства здравоохранения, в системе амбулаторных и стационарных учреждений Министерства труда и социальной политики, а также общественными и религиозными организациями: Обществом Красного Креста и Красного Полумесяца Казахстана, Хессед и др.

Первичным звеном амбулаторно-поликлинической помощи пожилым людям является участковый врач-терапевт (врач общей практики - семейной медицины). На его рабочую нагрузку приходится до 60% амбулаторного обслуживания и 90% помощи на дому пожилым больным. Таким образом он, по сути, является гериатром первого порядка и должен быть специально подготовленным по актуальным вопросам геронтологии и гериатрии.

Всем людям пожилого возраста предоставляются те или иные виды амбулаторно-поликлинических услуг: от обязательных ежегодных медицинских осмотров до постоянного медицинского наблюдения с организацией долговременного паллиативного ухода.

Стационарная помощь предоставляется в клиниках всех уровней, а также в госпиталях для инвалидов войны, которые функционируют во всех регионах страны, в специальных отделениях длительного лечения хронических больных в составе многопрофильных больниц. Широкое распространение получает и практика лечения пожилых людей в стационарзамещающих структурах: дневных стационарах и стационарах на дому.

Одним из важных вопросов организации эффективно функционирующей гериатрической службы является реабилитационная помощь, которая предоставляется в клиниках, а также реабилитационных отделениях и кабинетах в учреждениях амбулаторно-поликлинической сети, реабилитационных отделениях стационарных социальных учреждений.

Психиатрическая помощь оказывается пожилым людям

в общей сети учреждений здравоохранения (в специализированных кабинетах поликлиник, психиатрических больницах, диспансерах, дневных стационарах). Однако не получили достаточного распространения гериатрические стационарные отделения для больных деменцией и болезнью Альцгеймера.

Главной формой комплексного социального обслуживания населения пожилого возраста являются Территориальные центры социального обслуживания пенсионеров, в состав которых входят все районные структуры социально-бытовой помощи пенсионерам и инвалидам. Однако в рамках этих структур не функционируют отделения геромедицинской реабилитации и психотерапевтической поддержки, не получила широкого распространения практика взятия на учет общими социальными службами надомной помощи одиноких стариков, которые имеют психические расстройства.

Зачастую неудовлетворительное состояние оказания медицинской помощи пожилым людям обусловлено не только (и не столько!!!) социально-экономическими факторами, но и организационно-кадровой неготовностью служб к работе с гериатрическими пациентами.

Между тем, такие специалисты, которые имеют углубленные знания по особенностям возрастной патологии и гериатрической помощи в терапии, неврологии, психиатрии, ортопедии крайне необходимы для медицинского обслуживания пенсионеров, ветеранов войны и труда в поликлиниках, выполняя одновременно функции координаторов и консультантов по гериатрии, а особенно - для сети госпиталей для инвалидов войны, больниц сестринского ухода, отделений медико-социальной реабилитации, отделений длительного ухода, домов-интернатов, домов ветеранов (гериатрических пансионатов) и хосписов.

Предоставление статуса гериатра врачам, занимающимся инвалидами и ветеранами с включением в их обязанности дополнительно координационной и просветительской работы в медицинских учреждениях, на наш взгляд, существенно повысит эффективность гериатрической службы без весомых дополнительных финансовых затрат.

В рамках выполнения государственной программы развития здравоохранения на 2011 – 2015 гг. «Саламатты Казахстан» и Мадридского международного плана действий по проблемам старения (Программы по старению ООН) по инициативе ШОЗ Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова и при поддержке Фонда ООН в области народонаселения (UNFPA) в Казахстане предложено создание Геронтологического координационного центра, как негосударственной структуры при ШОЗ, целью которой является обобщение деятельности и координация всех направлений по выполнению основных положений ООН, направленных на улучшение качества жизни пожилых людей (распространения знаний о Мадридском международном плане действий по вопросам старения и современный взгляд на анализ ситуации и «дорожную карту» соответствующих действий, усовершенствование додипломной и последипломной гериатрической подготовки медицинских и социальных работников, проведения семинаров и тренингов по вопросам организации помощи людям пожилого возраста и путям достижения активного долголетия, создание информационной базы для широкой системы медико-социальной помощи людям пожилого возраста и для самих пожилых людей и членов их семей, развитие волонтерского движения среди студентов и пенсионеров, создания при участии студентов-медиков университета третьего возраста для пожилых людей и т.д. (аналогом предложенного Центра является Геронтологический информационно-консультативный центр Института геронтологии и Учебно-методический

гериатрический центр НМАПО (Украина), создание которых было отмечено в докладе Генерального секретаря ООН в 2006 году среди значительных мировых достижений в организации помощи людям пожилого возраста).

На сайте такого Центра (аналог созданный в Украине сайт <http://www.gicc.org.ua/>) можно будет ознакомиться со специально отснятыми фильмами, которые предназначены в помощь семьям, где есть «лежачие» больные. Родные таких людей, просмотрев видеоматериалы, получают информацию о том, как ухаживать за лежачим больным, как кормить, мыть, решать другие возникающие проблемы. На сайте есть информация о том, где можно приобрести необходимые для пожилого человека товары, в том числе медицинские, к каким фондам можно обратиться, рекомендации по самокупированию различных осложнений и обострений заболеваний, совету по здоровому образу жизни; размещены также адреса архивов и пенсионных организаций по всей стране, медицинских учреждений, гериатрических пансионатов и домов-интернатов. В будущем мы планируем создать разделы, посвященные паллиативной помощи и возможности знакомств для людей пожилого возраста.

Необходимо отметить, что большую помощь в уходе за пожилыми людьми оказывают многие негосударственные – общественные, ветеранские, частные и религиозные организации. Информация о них (и желательна координация их действий) так же должна быть сосредоточена в Координационном центре

Говоря об информационной поддержке пожилых людей, необходимо сказать, что нами планируется создание сети информационных центров, в которых жители любого города могли бы получить исчерпывающую информацию о том, куда можно обратиться по поводу того или иного заболевания, где получить бесплатную или платную помощь, как и где решить различные юридические вопросы.

Еще одно необходимое направление работы Центра – подготовка и издание специального справочника для пенсионеров и членов их семей (аналог напечатан в Украине при поддержке ФН ООН /Чайковская В.В., Стаднюк Л.А. «Довідник для людей похилого віку», 2010г.). В таком справочнике человек пенсионного возраста может найти абсолютно все, что может касаться его нового социального статуса. Есть и законодательная информация, и медицинская, есть информация об органах пенсионного обеспечения, о здоровом образе жизни, о возможности образования в пожилом возрасте. В идеале такой справочник должен получать каждый пенсионер Казахстана при выходе на пенсию, чтобы не чувствовать себя беспомощным, знать, куда обращаться в любой ситуации.

В рамках осуществления республиканских и международных программ по улучшению здоровья и качества жизни населения пожилого возраста Казахстана, на основе научных разработок ШОЗ и кафедр Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова при участии Института геронтологии НАМН Украины будут разработаны организационно-функциональные модели гериатрических служб, внедрение которых в практику здравоохранения получит медицинский, социальный и экономический эффект:

- а) модель государственной системы гериатрической помощи населению Республики Казахстан;
- б) модель предоставления геронтопсихиатрической помощи населению Республики Казахстан;
- в) модель гериатрической направленности в деятельности семейного врача;
- г) модель предоставления гериатрической помощи в стационарах на дому;
- ж) модель работы отделения медико-социальной реабилитации в территориальных центрах социального

обслуживания пенсионеров и инвалидов.

з) модель паллиативной помощи в конце жизни.

и) модель работы гериатрического кабинета.

Также будут разработаны методологические основы к гериатрическому обучению медицинских и социальных работников, соответствующие программы и учебные пособия.

Таким образом, развитие гериатрической составляющей в деятельности служб лежит на пути:

Усиления участковой гериатрической деятельности (в т.ч. введение патронажных гериатрических сестер), форм герореабилитации (реабилитационных отделений, дневных стационаров и т.д.).

Помощи на дому: поликлинических медико-социальных отделений, стационаров на дому, выездных герореабилитационных бригад, консультативной и скорой медицинской помощи.

Стационарной помощи: гериатрических отделений, палат, отделений сестринского ухода и долгосрочного пребывания хронических больных, хосписов.

Помощи сельским пожилым жителям: сельских больничных амбулаторий и выездных консультативно-лечебных и диагностических бригад.

Новых форм гериатрической помощи населению: гериатрических центров, гериатрических больниц и поликлиник, больниц сестринского ухода и сестринских скрининговых бригад, кризисных центров, ночных служб медико-социальной помощи пожилым людям, служб "передышки", телефонных информационно-консультативных линий, герореабилитационных центров и дневных структур для психически больных, центров геротехнического оборудования и промышленных товаров и т.п.

Взаимосвязи и преемственности в работе медицинских и социальных служб.

Специальной подготовки медицинского и социального персонала по вопросам геронтологии и гериатрии.

Системы мер информации и санитарного просвещения (обучение здоровому образу жизни и путям достижения активного долголетия) пожилых людей.

При этом важное значение имеет нормативное обеспечение, а именно обоснование подходов к адекватному обеспечению пожилого населения основными видами медицинской помощи и социального обслуживания, стандартизации услуг с определением необходимого гарантированного уровня и объемов помощи, а также места гериатрии в страховой медицине.

Современная научная база по геронтологии и гериатрии, координация гериатрических структур и четкое представление о реальных потребностях населения в тех или иных видах услуг значительно увеличат коэффициент полезного действия использованных ресурсов, а широкая реабилитационная направленность деятельности медицинских и социальных служб постепенно стабилизирует размеры последующих организационных и финансовых затрат на обеспечение помощи пожилому населению.

Пути решения финансового обеспечения системы гериатрической помощи населению могут стать: бюджетно-целевое финансирование гериатрической области, дотации на деятельность гериатрических учреждений за счет социального страхования и местного налогообложения, благоприятный налоговый статус гериатрических учреждений, сдерживания стоимости медицинских услуг пожилым людям, установление стандартов герореабилитационной помощи, развитие системы целевых геромедицинских общественных и частных вкладов.

Таким образом, развитие медико-социальной помощи населению пожилого возраста основывается на созда-

нии сети гериатрических структур, специализированной подготовке кадров, усилении роли среднего и младшего медицинского персонала и семьи в проведении лечебно-реабилитационного процесса, ориентации на надомные формы обслуживания, информационного обеспечения этой отрасли.

Среди основных указанных направлений совершенствования гериатрической помощи в настоящее время приоритет предоставляется наименее затратному и одному из наиболее эффективных в плане повышения качества проведения лечебно-профилактических мероприятий - оптимизации гериатрической подготовки кадров.

С этой целью предлагается:

Создать в Казахстане единую межотраслевую систему гериатрической подготовки кадров.

Министерству здравоохранения создать рабочую группу по стандартизации программ до- и последипломной подготовки кадров по гериатрии для систем здравоохранения и социальной защиты с учетом потребностей пожилых людей, а также реабилитационных программ для пациентов, членов их семей, медицинских и социальных работников в том числе персонала по уходу; внедрять дистанционное обучение.

Ввести в перечень специальностей штатную должность «сиделка» (или «младшая медицинская сестра по уходу»). При этом разработать 1-2 месячную программу их очно-заочного обучения на базе медицинских колледжей.

На базе портала Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова создать оригинальную Автоматизированную экспертную систему количественной оценки зависимости пожилого человека от медицинской, социальной и психологической помощи, которая даст возможность в оперативном режиме получить интегральные данные о состоянии здоровья пациентов на индивидуальном и групповом уровнях, дать рекомендации службам с определением материальных и финансовых затрат на лечение и рекомендаций самому пациенту, определить финансовую нагрузку на регион при адекватном медицинском обслуживании пожилого населения.

На базе ШОЗ Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова создать Координационный геронтологический центр (при поддержке Фонда народонаселения ООН).

На базе университетской клиники Казахского национального медицинского университета им. С.Д.Асфендиярова создать кафедру геронтологии и гериатрии, а также гериатрический кабинет.

На базе Центров здоровья, территориальных центров социального обслуживания пенсионеров и других структур создать школы здорового образа жизни и активного долголетия, университеты третьего возраста, а на базе крупных учреждений создать школы предпенсионной подготовки.

При кадровом обеспечении гериатрических структур официально отдавать предпочтение специалистам, которые имеют последипломную подготовку по специальности «гериатрия» (путем уточнения существующих положений).

Развивать волонтерское движение среди студенчества и самих пенсионеров.

Формирование адекватной потребностям населения Республики Казахстан системы гериатрической помощи населению и ее финансовая поддержка должны стать отражением степени ответственности за здоровье пожилых граждан, дополнительной гарантией осуществления их конституционного права на охрану здоровья, обеспечение длительного периода активной жизни и достойного ухода в старости.

Влияние стресса на психологическое состояние и ресурсы адаптации гериатрических пациентов с соматической патологией

Матвиец Л.Г., Чайковская В.В.

Национальная Медицинская Академия Последипломного Образования имени П.Л.Шупика
ДУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарёва НАМН Украины».

УДК 614.2:362.6:616-053.9

Параллельно с процессом старения населения и вследствие его значительно растет «демографическая нагрузка» на медицинскую и социальную службы, и особенно на первичное звено медицинской помощи. Ухудшение состояния здоровья в пожилом возрасте вызывают страх и тревогу, которые усугубляются осознанием старения организма, одиночеством и беспомощностью, мыслями о смерти. При нарастании тревоги появляются гиперэстетические реакции, проявляясь в неадекватном поведении, в пожилом возрасте способствуют расстройству адаптации как к стрессовым так и к ежедневным раздражителям.

Гериатрическим пациентам с соматической патологией нами было проведено психологическое обследование, которое определяло уровень по шкале психологического стресса PSM-25, методика которого предусматривала измерение стресса как естественного состояния психической напряженности в трех ступенчатом диапазоне: высоким считался уровень стресса, интегральный показатель психической напряженности (ППН) которого составлял больше 155 баллов, о среднем уровне стресса свидетельствовал ППН в интервале 154 – 100 баллов; о низком – ППН ниже 100 баллов, что указывало на наличие психологической адаптированности к рабочим нагрузкам [1,2].

Проведенное нами исследование установило, что среди обследуемых 251 гериатрических пациентов с соматической патологией, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторию общей практики – семейную амбулаторию имели высокий уровень стресса $10,0 \pm 1,9\%$ пациентов, $62,2 \pm 3,1\%$ - средний уровень стресса, а $27,9 \pm 2,8\%$ пациентов были адаптированными.

Выявление и оценку нарушенного психоэмоционального состояния у гериатрических пациентов с соматической патологией исследовали с использованием клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний за методикой К.К.Яхина, Д.М. Менделевича, по следующим шкалам: тревоги, невротичной депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений [3].

Установленное нами наличие невротических состояний у пожилых пациентов с соматической патологией: невротической депрессии ($79,3 \pm 2,6\%$), тревоги ($60,2 \pm 3,1\%$), истерического типа реагирования ($70,7 \pm 2,9\%$), обсессивно-фобического нарушения ($37,1 \pm 3,0\%$), свидетельствовало о дезадаптивном поведении в обществе. Наличие астении ($70,7 \pm 2,9\%$) и вегетативных нарушений ($67,7 \pm 3,0\%$) указывало на влияние психологического расстройства на физическое состояние пациента.

Анализируя наличие невротических состояний в зависимости от уровня стресса, у пациентов с высоким уровнем стресса астения обнаружена в 100% случаев и достоверно ($p < 0,001$) преобладала удельный вес асте-

Влияние стресса на психологическое состояние и ресурсы адаптации гериатрических пациентов с соматической патологией.

В статье освещается структурный анализ невротических нарушений, присутствующих у гериатрических пациентов с соматической патологией на первичном звене оказания медицинской помощи в зависимости от пола и места проживания. Исследованы биологические и социальные ресурсы адаптации этой категории пациентов. Предоставлен алгоритм медико-психологического консультирования по поводу невротических жалоб, вызывающих нервно-психическое напряжение (стресс).

Ключевые слова: стресс, гериатрический пациент, ресурсы адаптации.

Summary:

Influence of stress on the psychological state and resources of adaptation of geriatrics patients with somatic pathology.

In the article lights up the structural analysis of neurotic violations, present for geriatrics patients with somatic pathology on the primary link of providing of medicare depending on a floor and place of residence. The biological and social resources of adaptation of this category of patients are investigational. The algorithm of the mediko-psychological advising is given concerning neurotic complaints, defiant nervno-psikhicheskoe tension. (stress).

Key words: stress, geriatrics patient, resources of adaptation.

нии в выборке со средним уровнем стресса ($85,9 \pm 2,8\%$). Достоверно ($p < 0,001$) ниже оказался показатель астении у адаптированных пациентов ($25,7 \pm 5,2\%$), чем у пациентов со средним уровнем стресса.

Также удельный вес вегетативных нарушений в выборке пациентов с высоким уровнем стресса выявлен у 100% исследуемых, со средним уровнем стресса - у $80,8 \pm 3,2\%$, и достоверно ($p < 0,001$) был ниже. Среди адаптированных пациентов наличие вегетативных нарушений выявлено в $27,1 \pm 5,3\%$ человек. Доказано, что в выборке пациентов со средним уровнем стресса наличие вегетативных нарушений выявлялось достоверно чаще, чем в выборке адаптированных ($p < 0,001$). Поскольку астения и вегетативные нарушения являются признаками соматоформных и невротических расстройств, формирование которых требует временного периода до шести месяцев, то это может свидетельствовать об общей реакции пожилых пациентов на длительный стресс [4].

Углубленный анализ наличия невротических состояний в группах с разными уровнями стресса обнаружил достоверный ($p < 0,01$ - $p < 0,001$) рост наличия невротических состояний в гериатрических пациентах с соматической патологией в зависимости от роста уровня стресса.

Нервно-психическое напряжение истощило адаптационные возможности гериатрических пациентов. Для определения уровня их сохранения определялся уровень ситуационной и личностной тревожности с использованием шкалы Спилбергена - Ханина, которые отражали состояние биологических и социальных адаптационных возможностей гериатрических пациентов [5].

Ситуационная тревожность характеризует психофизиологические качества - биологическую составляющую индивидуальности (темперамент). Личностная тревожность характеризует социально-психологическое становление личности - социальную составляющую психической индивидуальности, выражает уровень адаптации в общественной среде (характер, проблемы конституционно-психологического уровня).

При интерпретации результатов теста использовались следующие оценки:

- Менее 30 баллов - низкая тревожность, которая расценивалась авторами методики как признак полного психического здоровья;

- 31 - 45 баллов - умеренная тревожность, расценивалась как один из признаков нервно-психической напряженности, эмоционального стресса;

- 46 и более баллов - высокая тревожность, авторами методики расценивалась как вероятное проявление невротического расстройства.

Ситуационная тревожность на умеренном уровне выявлена у пациентов общей выборки в $58,2 \pm 3,1\%$ случаях, на высоком уровне - в $21,1 \pm 2,6\%$ пациентов и достоверно ($p < 0,001$) выявлялась реже. Среди пациентов с высоким уровнем стресса ситуационная тревожность с умеренными показателями выявлена у $24,0 \pm 3,9\%$, тогда как ситуационная тревожность с высокими показателями

($76,0 \pm 8,5\%$) в этой группе оказывалась достоверно ($p < 0,001$) чаще. Одновременно, у пациентов со средним уровнем стресса ситуационная тревожность с умеренными показателями выявлена у $70,5 \pm 3,7\%$ случаев, а ситуационная тревожность с высокими показателями ($20,5 \pm 3,2\%$) в этой группе оказывалась достоверно ($p < 0,001$) реже. В адаптированных пациентов ситуационная тревожность с умеренными показателями обнаружена в $42,9 \pm 5,9\%$ случаев, тогда как с высокими показателями ситуационную тревожность было обнаружено в единичных случаях.

Таким образом, распределение пациентов по уровням ситуационной тревожности может свидетельствовать, что наличие длительного нервно-психического напряжения, которое соответствует высокому уровню стресса, может привести к истощению биологических ресурсов в гериатрических пациентах. Вместе с тем, у подавляющего большинства пациентов со средним уровнем стресса как и в части адаптированных пациентов наблюдалось только напряжение биологического ресурса психической индивидуальности.

Личностная тревожность с признаками нервно-психической напряженности проявлялась в общей выборке в диапазоне умеренных показателей у $25,9 \pm 2,8\%$ пациентов, тогда как высокие показатели личностной тревожности ($73,3 \pm 2,8\%$), определялись достоверно ($p < 0,001$) чаще. Личностная тревожность в выборке с высоким уровнем стресса выявлена у всех пациентов (100%) на высоком уровне. Среди пациентов со средним уровнем стресса у $16,7 \pm 3,0\%$ случаев выявлена личностная тревожность с умеренными показателями, тогда как личностная тревожность с высокими показателями определялась достоверно ($p < 0,001$) чаще и имела у $83,3 \pm 3,0\%$ пациентов. В адаптированных в $55,7 \pm 5,9\%$ пациентов личностная тревожность обнаружена на умеренном уровне, в $41,4 \pm 5,9\%$ - на высоком уровне. Это свидетельствует, что социальные адаптационные возможности у подавляющей части исследуемых пациентов (100% с высоким уровнем стресса, $73,3 \pm 2,8\%$ - со средним уровнем стресса и $41,4$

Таблица 1. Распределение пациентов пожилого возраста с наличием невротических состояний и повышенной тревожностью, в которых психическая напряженность соответствует среднему уровню стресса зависимости от пола и места жительства

пол и место проживания			все женщины	женщины города	сельские женщины	все мужчины	мужчины города	сельские мужчины
количество пациентов			86	47	39	70	43	27
невротические состояния	тревога	абс.	68	39	29	44	32	12
		отн.	$79,1 \pm 4,4\%$	$83,0 \pm 5,5\%$	$74,4 \pm 7,0\%$	$62,9 \pm 5,8\%$	$74,4 \pm 6,7\%$	$44,4 \pm 9,6\%$
	невротическая депрессия	абс.	77	42	35	69	43	26
		отн.	$89,5 \pm 3,3\%$	$89,4 \pm 4,5\%$	$89,7 \pm 4,9\%$	$98,6 \pm 1,4\%$	100%	$96,3 \pm 3,6\%$
	астения	абс.	74	38	36	60	40	20
		отн.	$86,0 \pm 3,7\%$	$80,9 \pm 5,7\%$	$92,3 \pm 4,3\%$	$85,7 \pm 4,2\%$	$93,0 \pm 3,9\%$	$74,1 \pm 8,4\%$
	истерическое реагирование	абс.	57	30	27	36	21	15
		отн.	$66,3 \pm 5,1\%$	$63,8 \pm 7,0\%$	$69,2 \pm 7,4\%$	$51,4 \pm 6,0\%$	$48,8 \pm 7,6\%$	$55,6 \pm 9,6\%$
	обсессивно-фобическое нарушение	абс.	43	24	19	23	20	3
		отн.	$50,0 \pm 5,4\%$	$51,1 \pm 7,3\%$	$48,7 \pm 8,0\%$	$32,9 \pm 5,6\%$	$46,5 \pm 7,6\%$	11,1%
	вегетативные нарушения	абс.	67	33	34	59	35	24
		отн.	$77,9 \pm 4,5\%$	$70,2 \pm 6,7\%$	$87,2 \pm 5,4\%$	$84,3 \pm 4,3\%$	$81,4 \pm 5,9\%$	$88,9 \pm 6,0\%$
тревожность	ситуационная умеренная	абс.	62	36	26	48	31	17
		отн.	$72,1 \pm 4,8\%$	$76,6 \pm 6,2\%$	$66,7 \pm 7,5\%$	$68,6 \pm 5,5\%$	$72,1 \pm 6,8\%$	$63,0 \pm 9,3\%$
	ситуационная высокая	абс.	16	7	9	16	10	6
		отн.	$18,6 \pm 4,2\%$	(14,9%)	(23,1%)	$22,9 \pm 5,0\%$	$23,3 \pm 6,4\%$	22,2%
	личностная умеренная	абс.	9	5	4	17	8	9
		отн.	$10,5 \pm 3,3\%$	10,6%	10,26%	$24,3 \pm 5,1\%$	$18,6 \pm 5,9\%$	$33,3 \pm 9,0\%$
	личностная высокая	абс.	77	42	35	53	35	18
		отн.	$89,5 \pm 3,3\%$	$89,4 \pm 4,5\%$	$89,7 \pm 4,9\%$	$75,7 \pm 5,1\%$	$81,4 \pm 5,9\%$	$66,7 \pm 9,1\%$

±5,9% - адаптированных пациентов) обнаружены в состоянии невротического расстройства, что приводит к патологической адаптации, способствует поддержанию постоянного дистресса при социальном функционировании и нуждается в психологической коррекции.

При общей оценке невротических состояний у пожилых пациентов нами выявлено, что среди исследуемых пожилых пациентов с соматической патологией, обратившихся за медицинской помощью в амбулаторию общей практики-семейной медицины (АОПСМ), 63,5 ±3,9% имели психическую напряженность, которая соответствует среднему уровню стресса. Для выявления, наиболее уязвимой к психологическим влияниям, группы пациентов проведен сравнительный анализ наличия невротических состояний у пациентов со средним уровнем стресса в зависимости от пола и от места проживания (табл.1).

Как видно из таблицы 1, невротическая депрессия у пожилых пациентов женского пола со средним уровнем стресса и соматической патологией была обнаружена в 89,5 ±3,3% случаев, без достоверного различия между пациентками городских поселений (89,4 ±4,5%) и сельской местности (89,7 ±4,9%). Удельный вес показателя невротической депрессии у мужчин составил 98,6 ±1,4% и достоверно не отличался от аналогичного у женщин. Достоверно не отличались показатели невротической депрессии обнаруженной у мужчин - жителей города (100%) и села (96,3 ±3,6%).

Астения выявлена у 86,0 ±3,7% женщин без достоверной разницы между показателем астении сельской местности (92,3 ±4,3%) и городских поселений (80,9 ±5,7%). У мужчин астения имела место у 85,7 ±4,2% пациентов с достоверной ($p \leq 0,05$) разницей между показателями жителей города (93,0 ±3,9%) и села (74,1 ±8,4%). По нашему мнению, такой высокий показатель удельного веса астении у мужчин города может свидетельствовать, что у мужчин города меньше естественных возможностей (близость к природе, территориальное пространство) сохранения себя от стрессовых факторов и способов расслабления, что поддерживает долговременное состояние дистресса.

Тревога у женщин выявлена у 79,1 ±4,4% случаях, без достоверной разницы между пациентками городских поселений (83,0 ±5,5%) и сельских жительниц (74,4 ±7,0%). У пациентов - мужчин тревога была обнаружена в 62,9 ±5,8%, и достоверно отличалась от такого показателя у женщин ($p < 0,05$). Показатели тревоги обнаруженные у мужчин городских поселений (74,4 ±6,7%) достоверно ($p < 0,01$) определялись чаще у мужчин сельской местности (44,4 ±9,6%). По нашему мнению, такая разница обусловлена продолжением занятости сельских мужчин в собственном хозяйстве после выхода на пенсию.

Вегетативные нарушения выявлены у женщин в 77,9 ±4,5% случаев и достоверно не отличались у пациенток сельской местности (87,2 ±5,4%) и городских поселений (70,2 ±6,7%).

У мужчин вегетативные нарушения выявлены в 84,3 ±4,3% случаев, среди которых 88,9 ±6,0% - у жителей села и 81,4 ±5,9% жителей городских поселений не имело достоверной разницы.

Истерический тип реагирования установлен в 66,3 ±5,1% женщин и 51,4 ±6,0% мужчин. Достоверной разницы такого состояния у пациенток города (63,8 ±7,0%) и села (69,2 ±7,4%) и у мужчин - пациентов из города и села (48,8 ±7,6% и 55,6 ±9,6% соответственно) не установлено.

Обсессивно-фобические нарушения выявлены у 50,0 ±5,4% женщин, что было достоверно чаще ($p < 0,05$) такого показателя (32,9 ±5,6%) у мужчин. Этот показатель значительно не отличался у женщин городских поселений (51,1 ±7,3%) и сельской местности (48,7 ±8,0%). Одновременно, у пациентов мужского пола городских поселений показатель

обсессивно-фобического нарушения (46,5 ±7,6%) достоверно ($\chi^2 = 7,88$; $p < 0,01$) преобладал показатель пациентов мужского пола сельской местности (11,1%).

Ситуационная тревожность с умеренными показателями была выявлена у 72,1 ±4,8% женщин, а тревожность с высокими показателями - в 18,6 ±4,2%. Достоверной разницы между умеренными показателями ситуационной тревожности среди женщин-пациенток городских поселений (76,6 ±6,2%), и сельской местности (66,7 ±7,5%) не установлено. Ситуационная тревожность с высокими показателями представлена у женщин городских поселений (14,9%) достоверно не отличается от показателя у женщин села (23,1%).

У мужчин ситуационная тревожность с умеренными показателями обнаружена 68,6 ±5,5% пациентов. Достоверной разницы между умеренными показателями среди пациентов мужчин городских поселений (72,1 ±6,8%), и сельской местности (63,0 ±9,3%) не установлено.

Анализ психологического состояния гериатрических пациентов с соматической патологией, у которых диагностирован средний уровень стресса, в зависимости от пола и от места проживания показал, что тревога достоверно ($p < 0,05$) преобладала у женщин (79,1 ±4,4%), а среди мужчин показатели тревоги у пациентов городских поселений (74,4 ±6,7%) выявлялись достоверно ($p < 0,01$) чаще у мужчин сельской местности (44,4 ±9,6%). Подтверждением тому, что указанные категории гериатрических пациентов не справлялись с психологическими проблемами, вызванными страхом или тревогой, служит выявление обсессивно-фобических нарушений у женщин (50,0 ±5,4%), которое проявлялось достоверно чаще ($p < 0,05$) чем у мужчин (32,9 ±5,6%). Также у пациентов мужского пола городских поселений показатель обсессивно-фобического нарушения (46,5 ±7,6%) достоверно ($\chi^2 = 7,88$; $p < 0,01$) преобладал показатель пациентов мужского пола сельской местности (11,1%).

Достоверная ($p \leq 0,05$) разница между показателем астении среди мужчин города (93,0 ±3,9%) и села (74,1 ±8,4%) могла свидетельствовать о наличии стрессовых факторов, длительно влияющих на пациентов мужского пола городских поселений, что могло снижать эффективность лечения соматических заболеваний, а также способствовало развитию когнитивных нарушений. По нашему мнению, преимущество показателей тревоги, обсессивно-фобического нарушения у мужчин города чем у мужчин села, может свидетельствовать о том, что мужчинам городских поселений тяжело психологически адаптироваться к тревожным факторам и фобиям, вызванных особенностями проживания в городе при старении, что в итоге приводит к астении. Мы объясняем это тем, что образ жизни пожилого человека после выхода на пенсию в селе изменяется меньше, в том числе за счет продолжения ухода за подсобным хозяйством, долгое время хранится личная значимость. Кроме того, для мужчин села доступный способ релаксации с помощью спиртного напитка домашнего изготовления, на что указывали сельские летние пациенты мужского пола при их исследовании.

При исследовании сохранности биологических и социальных ресурсов адаптации у гериатрических пациентов с невротическими состояниями, ситуационная тревожность с умеренными показателями была выявлена у

72,1 ±4,8% женщин, а с высокими показателями - в 18,6 ±4,2%, без достоверной разницы как с умеренными показателями между пациентками городских поселений (76,6 ±6,2%) и сельской местности (66,7 ±7,5%), так и с высокими показателями представлена у женщин городских поселений (14,9%) достоверно не отличается от показателя у женщин села (23,1%).

У мужчин ситуационная тревожность с умеренными

показателями обнаружена $68,6 \pm 5,5\%$ пациентов без достоверной разницы между городскими поселенцами (72,1 $\pm 6,8\%$) и сельской местности (63,0 $\pm 9,3\%$). Ситуационная тревожность с высокими показателями обнаружена у 22,9 $\pm 5,0\%$ мужчин без достоверной разницы между пациентами в городских поселениях (23,6 $\pm 6,4\%$) и сельской местности (22,2%).

Таким образом, ситуационная тревожность как у женщин (72,1 $\pm 4,8\%$) так и у мужчин (68,6 $\pm 5,5\%$) представлена преимущественно умеренными показателями и при ответной реакции на раздражитель в стрессовых ситуациях формируется в виде нервно-психической напряженности. Сохраняется общая тенденция ситуационной тревожности оставаться на умеренном уровне, что свидетельствует о наличии запаса биологического ресурса адаптации.

Личностная тревожность с умеренными показателями обнаружена у 10,5 $\pm 3,3\%$ женщин, без достоверной разницы между женщинами городских селений (10,6%) и сельских женщин (10,3%). Личностная тревожность с умеренными показателями обнаружена у мужчин (24,3 $\pm 5,1\%$), достоверно ($\chi^2 = 4,35$; $p < 0,05$) была выше, чем у женщин. Этот показатель у мужчин городских селений (18,6 $\pm 5,9\%$) достоверно не отличался от сельских мужчин (33,3 $\pm 9,0\%$).

Личностная тревожность с высокими показателями обнаружена в 89,5 $\pm 3,3\%$ женщин, без достоверной разницы между пациентками, проживавшими в городских селениях (89,4 $\pm 4,5\%$) и сельской местности (89,7 $\pm 4,9\%$).

У мужчин личностная тревожность с высокими показателями (75,7 $\pm 5,1\%$) выявлялась достоверно ($p < 0,05$) реже у женщин (89,5 $\pm 3,3\%$) и достоверно не отличалась между показателями у пациентов мужского пола, проживавших в городах (81,4 $\pm 5,9\%$) и в тех, которые проживали в сельской местности (66,7 $\pm 9,1\%$).

Личностная тревожность с умеренными показателями среди сельских жителей у женщин (10,26%) достоверно ($\chi^2 = 4,01$; $p < 0,05$) ниже, чем у мужчин (33,3 $\pm 9,0\%$). Соответственно, личностная тревожность с высокими показателями у женщин (89,7 $\pm 4,9\%$) выявлялась достоверно ($p < 0,05$) чаще чем у мужчин (66,7 $\pm 9,1\%$) в сельской местности. Это может свидетельствовать о том, что в сельских женщин реакция на стресс сформировалась в невротическое расстройство, и их социальное функционирование поддерживает личное дистрессовое состояние, которое истощает их социальный адаптационный ресурс.

Это свидетельствует, что особенно уязвимой группой в социальной адаптации являются пациенты женского пола сельской местности, территориально удаленные от профессиональной медико-психологической помощи, а

Таблица 2. Распределение пациентов пожилого возраста с наличием невротических состояний и повышенной тревожностью, страдающих артериальной гипертензией зависимости от уровня стресса

Психические состояния		количество пациентов	уровень стресса			всего
			высокий	средний	адаптированы	
		абс.	20	99	37	156
			12,8 \pm 2,7%	63,5 \pm 3,9%	23,7 \pm 3,4%	100%
невротические состояния	тревога	абс.	19	30	8	57
		отн.	95,0 \pm 4,9%	30,3 \pm 4,6%	21,6 \pm 6,8%	36,5 \pm 3,9%
	невротичес. депрессия	абс.	20	94	15	129
		отн.	100%	94,9 \pm 2,2%	40,5 \pm 8,1%	82,7 \pm 3,0%
	астения	абс.	20	85	36	141
		отн.	100%	85,9 \pm 3,5%	97,3 \pm 2,7%	90,4 \pm 2,4%
	истеричес. реагирование	абс.	17	57	12	86
		отн.	85 \pm 7,9%	57,6 \pm 5,0%	32,4 \pm 7,7%	55,1 \pm 4,0%
	обсессивно-фобическое нарушение	абс.	17	44	-	61
		отн.	85 \pm 7,9%	44,4 \pm 5,0%	-	39,1 \pm 4,0%
вегетативные нарушения	абс.	20	82	14	116	
	отн.	100%	82,8 \pm 3,8%	37,8 \pm 8,0%	74,4 \pm 3,5%	
тревожность	ситуацион. умеренная	абс.	5	75	19	99
		отн.	25%	75,8 \pm 4,3%	51,4 \pm 8,2%	63,5 \pm 3,9%
	ситуацион. высокая	абс.	15	18	-	34
		отн.	75,0 \pm 9,7%	18,2 \pm 3,9%	-	21,8 \pm 3,3%
	личностная умеренная	абс.	-	16	18	34
		отн.	-	16,2 \pm 3,7%	48,6 \pm 8,2%	21,8 \pm 3,3%
	личностная высокая	абс.	20	83	19	122
		отн.	100%	83,8 \pm 3,7%	51,4 \pm 8,2%	78,2 \pm 3,3%

поэтому есть необходимость организации такой помощи на первичном уровне.

Нами проведено исследование наличия невротических состояний, уровня ситуационной и личностной тревожности у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от уровня нервно-психического напряжения, обратившихся за медицинской помощью в АОПМС.

Анализ полученных данных показал, что группа пожилых пациентов с АГ по суммарному показателю психической напряженности разделились следующим образом: у 12,8 $\pm 2,7\%$ лиц был определен высокий уровень стресса, в 63,5 $\pm 3,9\%$ - средний уровень, а 23,7 $\pm 3,4\%$ пациентов были адаптированными (табл. 2).

Наше внимание привлекли показатели астении. В табл. 2, среди пациентов с АГ 90,4 $\pm 2,4\%$ имели астению. У пациентов с высоким уровнем стресса астения обнаружена в 100% случаев и достоверно ($p < 0,001$) преобладала группу пациентов, которые имели средний уровень стресса (85,9 $\pm 3,5\%$). В адаптированных пациентов этот показатель обнаружен также высоким

(97,3 $\pm 2,7\%$). Это может свидетельствовать о том, что астеническое состояние при АГ недостаточно диагностируется на уровне ПМСП, и, соответственно, на него не направляются лечебные и реабилитационные мероприятия. По нашему мнению, причиной может быть то, что когнитивные и физические нарушения интерпретируются семейными врачами как возрастные изменения, поэтому планируется их восстановления.

Удельный вес пациентов с АГ, имеющих вегетативные нарушения составлял 74,4 $\pm 3,5\%$. У пациентов с высоким уровнем стресса этот показатель составлял 100% и достоверно ($p < 0,001$) был выше, чем у пациентов со средним уровнем стресса (82,8 $\pm 3,8\%$). Среди адаптированных пациентов вегетативные нарушения установлены (37,8 $\pm 8,0\%$) достоверно ($p < 0,05$) реже, чем у пациентов со средним уровнем стресса. Такое расхождение между показателями астении и вегетативными нарушениями

может свидетельствовать о том, что во время лечения на основные вегетативные проявления, такие как повышение артериального давления, нарушение частоты пульса, нарушение сердечной деятельности, действуют гипотензивные препараты с механизмом вегетативной регуляции (блокаторы бета-адренорецепторов), а восстановление функций ретикулоэндотелиальной системы (РАС) ствола мозга, обеспечивающий поддержание уровня внимания, восприятия, бодрствования и сна, общей мышечной активности, участвует в регулировании двигательных и чувствительных функций, остается вне их действия.[6]

Нарушение психоэмоционального состояния, представленное наличием невротической депрессии в гериатрических пациентах с высоким уровнем стресса и АГ, выявлено в 100% случаев и достоверно ($p < 0,05$) преобладало над показателем в группе со средним уровнем стресса ($94,9 \pm 2,2\%$). Среди адаптированных пациентов наличие невротической депрессии выявлено в $40,5 \pm 8,1\%$ лиц, и выявлялось достоверно ($p < 0,05$) реже, чем в группе пациентов со средним уровнем стресса.

Тревога, которая проявлялась у гериатрических пациентов гиперестезическими реакциями и вызвала повышенную раздражительность, в группе пациентов с АГ была обнаружена в $36,5 \pm 3,9\%$ пациентов. Вместе с тем, в группе с высоким уровнем стресса тревога ($95,0 \pm 4,9$) достоверно ($p < 0,001$) преобладала этот показатель в выборке пациентов со средним уровнем стресса ($30,3 \pm 4,6\%$). В адаптированных пациентов наличие тревоги составляла $21,6 \pm 6,8\%$ и достоверно не отличалась от показателей в группе со средним уровнем стресса.

В выборке пациентов с АГ был установлен истерический тип реагирования в $55,1 \pm 4,0\%$ пациентов. Среди пациентов с высоким уровнем стресса это невротическое состояние ($85 \pm 7,9\%$) достоверно ($p < 0,01$) устанавливалось чаще, чем у пациентов со средним уровнем стресса ($57,6 \pm 5,0$), а среди адаптированных такие расстройства имели место в

$32,4 \pm 7,7\%$ случаев, и также выявлялись достоверно ($p < 0,01$) реже в выборке пациентов со средним уровнем стресса. В ходе исследования и консультирование установлено, что истерический тип реагирования в гериатрических пациентах с АГ отличался от такового у других исследуемых пациентов тем, что пациенты рядом с общими высказываниями о их ощущении неуважения окружающих к их личности, унижение достоинства, ущемления их интересов и престижа, имели симптомы самоуничижения личности в связи с АГ, которая ограничивала их возможности в удовлетворении своих желаний, а также обвинения окружения в непонимании и отсутствии признания болезненности пациента как его отдельной значимости. Обнаруженное поведение имело некоторые признаки поведения пациентов с истероидным радикалом, которое обычно формировалось с молодых лет, но в наших пациентах в анамнезе не было подобных проявлений до заболевания АГ. По нашему мнению, истерический тип реагирования у пациентов с АГ обусловлен гиперестезическими реакциями на все раздражители, и связан со снижением функциональных возможностей и наличием астении [7,8]

Также унижением собственного достоинства и снижением функциональных возможностей обусловлено обсессивно-фобическим нарушением у гериатрических пациентов с АГ, у которые во время консультирования проявлялось доминированием мысли о своей немощности, несостоятельности, ненужности, навязчивым страхом чувствовать себя обузой и потребностью в защите и помощи. По нашему мнению, ощущение частичной потери потенциала независимого существования вызвало внутренние проти-

воречия и усиливало психическое напряжение. Этот тип нарушения наблюдался в выборке пациентов с АГ в $39,1 \pm 4,0\%$ случаях. В выборке пациентов с высоким уровнем стресса ($85 \pm 7,9\%$) наличие обсессивно-фобического нарушения достоверно ($p < 0,001$) преобладало над показателем в группе со средним уровнем стресса ($44,4 \pm 5,0\%$).

В адаптированных пациентах в нашем исследовании наличие обсессивно-фобического нарушения не была обнаружена ни у одного из пациентов.

Установлено, что ситуационная тревожность на умеренном уровне, имела признаки нервно-психической напряженности проявлялась у пациентов с АГ общей выборки в $63,5 \pm 3,9\%$, а на высоком уровне, имела признаки невротических расстройств, - в $21,8 \pm 3,3\%$ случаях. В группе пациентов, страдающих АГ с высоким уровнем стресса установлены умеренные показатели ситуационной тревожности только у 25% пациентов и у $75,0 \pm 9,7\%$ случаях выявлены высокие показатели. Одновременно, в группе пациентов со средним уровнем стресса и АГ ситуационная тревожность обнаружена на умеренном уровне - в $75,8 \pm 4,3\%$, на высоком только у $18,2 \pm 3,9\%$, тогда как в адаптированных пациентов при умеренной - в $51,4 \pm 8,2\%$ случаев, а на высоком - не выявлено ни у одного. У пациентов со средним уровнем стресса наличие умеренной ситуационной тревожности была достоверно ($p < 0,05$) чаще чем в адаптированных пациентов. По нашему мнению, длительное стрессовое состояние с нервно-психической напряженностью, что соответствует интегральному показателю высокого уровня стресса, при заболевании АГ истощает биологические адаптационные возможности, но при среднем уровне стресса запас биологического ресурса имеется, и, при правильно организованной психокоррекции, его можно использовать для повышения адаптации.

Личностная тревожность как социальная составляющая психической индивидуальности, определяющая уровень адаптации в общественной среде, с признаками нервно-психической напряженности проявлялась в диапазоне умеренных показателей в $21,8 \pm 3,3\%$ пациентов, и высоких показателей в $78,2 \pm 3,3\%$ пациентов с АГ, что, по нашему мнению, могло свидетельствовать о высоком уровне психосоциальной дезадаптации пожилых пациентов с АГ, которые обращались за помощью на первичное звено.

В группе пациентов с высоким уровнем стресса и АГ обнаружены высокие показатели личностной тревожности в 100% случаев, со средним уровнем стресса и АГ - в $16,2 \pm 3,7\%$ лиц было обнаружено умеренный уровень личностной тревожности, а в $83,8 \pm 3,7\%$ пациентов - высокий уровень, что достоверно ($p < 0,001$) ниже чем в группе с высоким уровнем стресса. В адаптированных пациентов в $48,6 \pm 8,2\%$ случаев наблюдались умеренные показатели личностной тревожности, а у $51,4 \pm 8,2\%$ лиц - высокие показатели. Таким образом, умеренные показатели личностной тревожности у пациентов со средним уровнем стресса встречались достоверно реже, чем в адаптированных пациентов ($p < 0,05$), а высокие показатели личностной тревожности у пациентов со средним уровнем стресса встречались достоверно чаще, чем в адаптированных ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о том, что у пациентов с АГ социальная адаптация проявлялась невротическими состояниями, что свидетельствует о резком снижении социального ресурса адаптации.

Существующие диагностические подходы к физическим и психическим изменений в старости обеспечивают только констатацию фактов выявленных патологических психологических возрастных изменений, которые можно было бы своевременно лечить в дальнейшем проводить профилактику.

В этом контексте следует отметить, что именно врач

общей практики- семейной медицины (ВОПСВ) может обеспечить оказание квалифицированной первичной лечебно-профилактической помощи прикрепленному населению, в том числе решать вопросы восстановления душевного благосостояния пожилых пациентов путем психологического консультирования и медико-психологического сопровождения, направленные на образование положительного психологического климата в ближайшем окружении, содействие в решении социальных вопросов [9].

Задача психологического консультирования - повысить самооценку и фон настроения, восстановить коммуникативные навыки и социальную активность, снизить избыточный контроль над собой, создать условия для самореализации и самоактуализации [8].

Нами, впервые для врачей ОПСВ, с учетом их загруженности и ограниченности времени, предложено инструмент «Алгоритм медико-психологического консультирования пожилых пациентов с соматической патологией» (дополнение 1), с помощью которого врач сможет диагностировать и одновременно корректировать психологические нарушения. Применение семейным врачом алгоритма медико-психологического консультирования гериатрического пациента, не требуя много дополнительного времени и специальных условий, позволяет выявлять и достигать редукции невротических жалоб, которые сформировали невротическую реакцию, мешающую адаптации в социальной среде и поддерживали нервно-психическое напряжение.

Всесторонне проанализированное психологическое состояние пациента с его участием дает возможность и врачу и пациенту увидеть внутреннюю картину болезни и общее отношение пациента к своей жизни. Правильная оценка пациентом своего состояния является главным фундаментом формирования комплаенса между ним и врачом, благодаря чему повышается эффективность общего лечения. Обнаружив причины формирования не адаптированного поведения, врач имеет возможность помочь пациенту сформировать поведение, которое приведет к адаптации. [10].

В основу разработки алгоритма медико-психологического сопровождения пожилых пациентов с соматической патологией и психологическими расстройствами было положено наличие негативного изменения поведения, которое появилась по мнению пациента, его близкого окружения, или врача последние 3 - 6 месяцев. Изменение поведения рассматривалось в трех важных аспектах: ведущая эмоция, которая обеспечивала невротическую жалобу, выявления субъекта / объекта на который направлено изменение поведения и фрустрация, с ней связана. Эти параметры четко очерчивают проблему пациента, отвечают на вопросы о его желании и возможности, и определяют противоречия, с которыми сам пациент не может справиться и находится в состоянии постоянного психоэмоционального напряжения. Вместе с тем, эти же параметры являются индикаторами эффективности психологического консультирования по поводу определенной проблемы. Так, снижение интенсивности эмоции свидетельствовало об эффективном консультировании, а снижение фрустрации, связанной с субъектом / объектом, который вызвал изменение поведения, подтверждало, что проблема решена или пациент адаптировался к проблемным последствиям стрессового воздействия. Контроль направленности измененного поведения на определенный субъект / объект дает возможность определять появление новых стрессовых воздействий, проявляющиеся измененным поведением, направленным на другой субъект / объект. Такой подход диагностики обеспечивает быстрое понимание врачом психологического состояния пациента любого сложности и интенсивности, и обеспечивает диагностику и коррекцию психологических

расстройств одновременно.

При разработке диагностического аспекта алгоритма медико-психологического консультирования были учтены определения стратегии поведения в проблемных ситуациях, которые нарабатаны пациентом в течение жизни и заключаются как в типичных невротических реакциях и защитных механизмах действий, так и в специфических способах использования психологической компенсации (психокоррекции). Выделено три типа неэффективной психокоррекции как результат процесса формирования невротических расстройств в течение жизни: лимитированной, дефицитарной, аттиюдной (В.Д.Менделевич, 2005), знание которых нацеливает врача на грани, в которых пациент может допустить изменение своих убеждений и, соответственно, психологической и поведенческой реакций.

В пожилом и старческом возрасте личность направляет свое поведение на получение целостности и зрелости, обеспечивается ценностью ее существования и общечеловеческими ценностями при нарастающей потере физической силы. В этом периоде жизни основной психологической проблемой становится нарушение объективизации личности (идентичности, самовыражения, и принятия пациентом самого себя), которые проявляются в оценке собственных социально-психологических параметров: адаптивности, самоактуализации, самооценки, самоуважения, автономности, что обеспечивается локус-контролем. Проведенная врачом коррекция их оценки, адекватная возрасту и реальным возможностями, может оказывать оздоравливающий эффект на психическое здоровья, открывая дополнительные ресурсы организма, а также способствовать формированию у пациента собственной ответственности за свое здоровье, усиливается активным участием и формированием ответственности пациента за спланированный, совместно с врачом, лечебный процесс до определенного результата.

Алгоритм медико-психологического консультирования гериатрического пациента является важным сегментом модели медико-психологического сопровождения. В составе модели предусмотрено также функционирование школы психологической профилактики для пожилых пациентов, задачей которого является предоставление возможностей для освоения необходимых, для адаптации в пожилом возрасте, навыков. ВОП-СВ организует пожилых пациентов в группы и учит необходимым психологическим адаптационным навыкам.

Эффективность достигалась благодаря групповой психологической работе пожилых людей, заключалась в рассмотрении психологической проблемы, которую заявлял один из участников. Направленное врачом в нужное русло, обсуждение и общение обходит естественный барьер критики информации, поступающей извне, реализуясь большей степени через сферу подсознания, обеспечивая динамические психологические позитивные изменения у всех участников группы. Посещение школы вызывает у гериатрических пациентов профилактический эффект путем нервно-психического разгрузки и заимствования опыта участников группы друг в друга [10,11].

Введенная нами модель медико-психологического сопровождения обеспечила регрессию ведущих эмоций в 1,86 раз и снизила уровень нервно-психического напряжения пациентов (стресса) с коэффициентом медицинской эффективности 0,7, тогда как без применения медико-психологического сопровождения ведущие эмоции регрессировали только у 1,08 раза, а коэффициент медицинской эффективности составил 0,07; также способствовал росту качества жизни в 2,4 раза по самооценке гериатрических пациентов до и после ее применения по сравнению с результатами в контрольной группе [10].

Выводы

1. Углубленный анализ наличия невротических состояний в группах с разными уровнями стресса обнаружил достоверный ($p < 0,01$ - $p < 0,001$) рост наличия невротических состояний у гериатрических пациентов с соматической патологией в зависимости от роста уровня стресса.

2. У подавляющего большинства пациентов со средним уровнем стресса ($70,5 \pm 3,7\%$) и в части адаптированных пациентов ($42,9 \pm 5,9\%$) наблюдалось только напряжение биологического ресурса психической индивидуальности, что свидетельствует о сохранности биологического ресурса адаптации.

3. Личностная тревожность установлена с преобладанием высоких показателей ($73,3 \pm 2,8\%$), и свидетельствует, что социальные адаптационные возможности у подавляющей части исследуемых пациентов (100% с высоким уровнем стресса, $73,3 \pm 2,8\%$ - со средним уровнем стресса и $41,4 \pm 5,9\%$ - адаптированных пациентов) обнаружены в состоянии невротического расстройства, что приводит к патологической адаптации, способствует поддержанию постоянного дистресса при социальном функционировании и нуждается в психологической коррекции.

4. У адаптированных пациентов обнаружен высокий показатель астении ($97,3 \pm 2,7\%$), что может свидетельствовать о том, что астеническое состояние при АГ недостаточно диагностируется на уровне ПМСП, и, соответственно, на него не направляются лечебные и реабилитационные мероприятия.

Литература

1. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с. : ил. – (Серия „Практикум“).
2. Lemyre L. Psychological Stress Measure (PSM) : A translation / Lemyre L., Tessier R., Fillion L. – Quebec : Universite Laval, 1991. – 3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология : учеб. пособие / Менделевич В. Д. – 5-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
4. Егорова Н. А. Астенический синдром у больных ИБС: место метаболических средств / Егорова Н. А. // Рус. мед. журн. – Т. 19, № 4. – С. 223–227.
5. Ханин Ю. Л. Краткое руководство по применению реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин. – Ленинград : ЛНИИТЕК. – 1976. – 89 с.
6. Мангуби В. А. Астенический синдром: взгляд с точки зрения нейрометаболической терапии / В. А. Мангуби // Здоров'я України. – 2011. – Берез. (№ 1). – С. 5.
7. Краснова О. В. Исследования идентификации пожилого возраста при помощи методики М. Куна „Кто Я?“ / О. В. Краснова // Психология старости и старения : хрестоматия / упоряд.: О. В. Краснова, А. Г. Лидерса. – М., 2003. – С. 198–205.
8. Пряжников Н. С. Личностное самоопределение в преклонном возрасте / Н. С. Пряжников // Мир психологии. – 1999. – № 2. – С. 111–122.
9. Никольская И. М. Личность пожилого человека и психологическая реабилитация / И. М. Никольская, М. А. Краева // Рос. семейный врач. – 2009. – № 4. – С. 26–31.
10. Матвиец Л. Г. Медико-психологическое сопровождение пациентов пожилого возраста с соматической патологией в практике семейного врача / Л. Г. Матвиец // Лики Украины плюс. – 2012. – № 3 – 4 (11 – 12). С. 62 – 67.
11. Чайковская В. В. Психологические аспекты социальной работы с пожилыми людьми / Методическое пособие. – К., 2011. – 114 с.

Результаты скрининга эндокринной патологии у жителей сельской местности Жамбылской области

Садуакасова Ф.Д., Маниарипова А.Т., Ким З.Г., Ахмад Насир
КРМУ, Алматы

Сахарный диабет – это группа обменных (метаболических) заболеваний, характеризующихся развитием стойкой гипергликемии вследствие дефекта секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов» [1].

Традиционная терапия СД позволяет в большей или меньшей степени решать проблемы развития сосудистых осложнений на фоне хронической гипергликемии, однако достаточно высокий процент летальных исходов заставляет специалистов различных отраслей медицины заниматься поиском новых методов профилактики и лечения этого заболевания.

Сосудистые осложнения приводят к инвалидизации больных с СД и смертности, они умирают от первого инфаркта миокарда, 12,5% больных - от гангрены нижних конечностей, а диабетическая нефропатия 4-5 ст. до середины 70-х годов прошлого века считалась практически бесперспективной с точки зрения прогноза. Особенно остро эта проблема стоит в сельской местности [1].

Целью работы

было проведение скрининга жителей Гвардейский Жамбылской области на выявление сахарного диабета.

Материалы и методы исследования

Диагноз сахарного диабета, устанавливались на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картине, лабораторных данных, анкетирования и с консультациями специалистов согласно принятой в РК классификацией.

С целью изучения факторов риска, образа жизни и состояния здоровья лиц, проживающих в сельской местности нами проведен скрининг 500 жителей с. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области. Эпидемиологическое исследование было когортным и рандомизированным. Согласно договора нам предоставлена анкета, разработанная в РГП на ПХВ «НИИ кардиологии и внутренних болезней», полученные данные которой будут использованы для разработки эффективной модели диагностики сахарный диабет (СД).

Диагноз сахарного диабета, устанавливались на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картине, лабораторных данных, анкетирования и с консультациями специалистов согласно принятой в РК классификацией.

Статистика проводилась с помощью статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н.Лапач [2]. Сравнимые данные были проверены на нормальность распределения. В группах, где «распределение» материала характеризовалось по закону Гаусса (Gaussian) как «нормальное», полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики с использованием двух-выборочного t -критерия Стьюдента или F -критерий Фишера (гипотеза о равенстве дисперсий). В группах, где «распределение» материала характеризовалось как «ненормальное», использовался непараметрический двух-выборочный крите-

рий Уилкоксона (W -критерий). Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$), не имеющие нормального распределения - как медиана (25;75 перцентили). При сравнении статистических гипотез использовали критический уровень значимости $P < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

Нами было проведение исследования (500 пациентов) с помощью мобильных медицинских комплексов. Был составлен список жителей с уточненными адресами и телефонами и методом случайной выборки пациенты были приглашены на скрининг. Все анкеты были пронумерованы следующим образом: нумерация начиналась с №001 и закончилась №500 (таблица 1).

Таблица 1 - Объем выполненных исследований сотрудниками КРМУ в ПМК

Вид исследования	Количество
Анкетирование	500
Антропометрия	500
Физикальный осмотр	500
Определение частоты и характера пульса	500
Измерение АД	500
ЭКГ	500
ЧДД	500
ПСВ	500

С целью выявления основных социально-значимых заболеваний и факторов риска их развития нами выполнен следующий объем работы в ПМК (таблица 2).

Таблица 2 - Объем выполненных исследований сотрудниками КРМУ в ПМК

Вид исследования	Количество
Анкетирование	500
Антропометрия	500
Физикальный осмотр	500
Определение частоты и характера пульса	500
Измерение АД	500
ЭКГ	500
ЧДД	500
ПСВ	500

Диагнозы сахарного диабета, устанавливались на основании жалоб, данных анамнеза, клинической картине, лабораторных данных, анкетирования и с консультациями специалистов согласно принятой в РК классификацией.

По статистическим данным в Кордайском районе проживает самое большое количество населения -128358 человек. Для исследования выбраны типичные села - с. Отар, где располагается сельская больница и с. Гвардейск,

где находится врачебная амбулатория с прикрепленным населением 8155 человек.

Предварительные результаты показали, что среди сельского населения наибольший удельный вес имели лица в возрасте от 16 до 29 лет – 23,6 %; в возрасте 30-39 лет – 21,4 %; а также в возрасте от 50-59 лет – 20,4% (таблица 3).

Таблица 3 - Возраст обследованных пациентов, проживающих в Отаре и Гвардейске Жамбылской области

Параметры	Отар, Гвардейск Жамбылской области (n=500)	%	Доверительный интервал
16-29 лет	118	23,6	0,75
30-39 лет	107	21,4	0,78
40-49 лет	92	18,3	0,94
50-59 лет	102	20,4	1,02
Свыше 60л.	81	16,3	0,99
Всего	500	100,00	

Предварительные данные показывают, что в скрининге участвовали 56,8% лиц женского пола и 43,2% мужчин, основную долю составляли лица казахской национальности.

Полученные первые данные выявили, что среди всех лиц, прикрепленных к организациям ПМСП Отара и Гвардейск Жамбылской области, имеющих высшее образование оказалось 12,4 % (таблица 4). При анализе уровня образования опрошенных наибольший процент выявленных при скрининге были лица со средним образованием – 33,4%. По-видимому, это связано с социально-демографическими особенностями, так как основной контингент, проживающих на селе, это работники села и самозанятые лица.

Сахарный диабет является одной из серьезнейших проблем современного общества [12]. Сен-Винцентская декларация (1989) призывает разработать и внедрить

комплексные программы диагностики, профилактики и лечения диабета и его осложнений [13].

Актуальность борьбы с СД обусловлена, прежде всего, тем, что распространённость СД увеличивается и в РК составляет до 4,1% населения. Проблема СД заключается не только в самом наличии заболевания, чаще всего основной угрозой для жизни является развитие его тяжелых сосудистых осложнений. Гипергликемия на ранних стадиях приводит к специфическим структурно-функциональным изменениям различных органов-мишеней, что проявляется развитием и прогрессированием, так называемых поздних осложнений СД. В нашем исследовании сахарный диабет был диагностирован в 6,1 ± 0,9% случаях, в том числе диагностируется как среди мужчин, так и среди женщин. Распространенность сахарного диабета увеличивается с увеличением возраста, так при скрининге населения п. Отар и Гвардейск более одной четверти населения старше 50 лет страдало сахарным диабетом. Нами установлено, что содержание глюкозы выше 5,5ммоль/л было у 12,5% жителей с. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области.

Таким образом, распространенность сахарного диабета увеличивается с увеличением возраста, так при скрининге населения п. Отар и Гвардейск более одной четверти населения старше 50 лет страдало сахарным диабетом. Нами установлено, что содержание глюкозы выше 5,5ммоль/л было у 12,5% жителей с. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области.

Литература

- 1 Дедов И.И., Балаболкин М.И. Новые возможности компенсации сахарного диабета типа 1 и профилактика его сосудистых осложнений. - М., 2003. - С. 6–7.
- 2 Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев, 2000. - 319 с.

Предварительные результаты скрининга факторов риска гастроэнтерологической патологии у жителей сельской местности Жамбылской области

Джайнакбаев Н.Т., Маншарипова А.Т., Аккасова Г.Т., Садуакасова Ф., Ким З.Г., Ахмад Насир, Садырова Г.А., Уалиева И.М., Мукашева К.
КРМУ, Алматы

Целью работы

было проведение скрининга жителей Гвардейский Жамбылской области на выявление факторов риска заболеваний внутренних органов.

Материалы и методы исследования

С целью изучения факторов риска, образа жизни и состояния здоровья лиц, проживающих в сельской местности нами проведен скрининг 500 жителей с. Отар и Гвардейск Кордайского района Жамбылской области. Эпидемиологическое исследование было когортным и рандомизированным. Согласно договора нам предоставлена анкета, разработанная в РГП на ПХВ «НИИ кардиологии и внутренних болезней», полученные данные которой будут использованы для разработки эффективной модели диагностики гастроэнтерологических заболеваний.

Статистика проводилась с помощью статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н.Лапач [2]. Сравнимые данные были проверены на нормальность распределения. В группах, где «распределение» материала характеризовалось по закону Гаусса (Gaussian) как «нормальное», полученные результаты были обработаны методами вариационной статистики с использованием двух-выборочного t-критерия Стьюдента или F-критерий Фишера (гипотеза о равенстве дисперсий). В группах, где «распределение» материала характеризовалось как «ненормальное», использовался непараметрический двух-выборочный критерий Уилкоксона (W-критерий). Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$), не имеющие нормального распределения - как медиана (25;75 перцентили). При сравнении статистических гипотез использовали критический уровень значимости $P < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение

В результате скрининга 14 (2,7%) жителей отметили наличие опухолевых заболеваний печени у родственников, 17 (3,3%) респондентов показали у родственников наличие наследственности опухолевых заболеваний пищевода, желудка, кишечника, 32 (6,2%) жителей отметили у родственников наличие наследственности хронического гастрита, язвенной болезни.

По факторам риска развития заболеваний гастроэнтерологического профиля было обращено внимание на наличие в анамнезе желтухи. У 95% человек в анамнезе эпизодов желтухи не было, а 5% отмечались эпизоды желтухи. Нами выявлено, что 1 (0,4%) респонденту про-

дидись гемотрансфузии в анамнезе (таблица 1).

Таблица 1 - Гемотрансфузии в анамнезе

Показатели	Гемотрансфузии в анамнезе	
	кол-во человек	%
Нет	230	94,6
Да	1	0,4

Нами обнаружено, что оперативные вмешательства были проведены 9,5% жителям п. Гвардейский и Отар Жамбылской области (таблица 2).

Таблица 2 - Оперативные вмешательства в анамнезе

Показатели	Факторы риска: оперативные вмешательства	
	кол-во человек	%
Нет	212	87,2
Да	23	9,5

Выявлено, что на вопрос о татуировке положительно ответил один житель или 0,4% случаев (таблица 3).

Таблица 3 - Татуировки в анамнезе

Показатели	Факторы риска: татуировка	
	кол-во человек	%
Нет	233	95,4
Да	1	0,4

По наличию в анамнезе у родственников опухолевых заболеваний печени отмечено, что положительно ответили на этот вопрос 5,8% исследуемого населения (таблица 4).

Таблица 4 - Опухолевые заболевания печени в анамнезе

Показатели	Наследственность. Опухолевые заболевания печени	
	кол-во человек	%
Нет	229	94,2
Да	14	5,8

Таким образом, у 5% жителей п. Гвардейский и Отар Жамбылской области отмечались эпизоды желтухи, в 0,4% случаях в анамнезе отмечали гемотрансфузии или татуировки, 9,5% жителям были проведены оперативные вмешательства.

Литература

1. Руководство по профилактике в практическом здравоохранении / под редакцией И. С. Глазунова, Р. Г. Оганова, Н. В. Перовой, Р. А. Потемкиной. - М., 2000. - 334с.
2. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. - Киев, 2000. - 319 с.

Результаты интервенционного лечения у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) Алматинской области, РК

Ахмад Насир, Манишарипова А.Т., Ким З.Г.

НУО Казахстанско-Российский Медицинский Университет, г. Алматы, Республика Казахстан

Актуальность

Сердечно - сосудистые заболевания - основная причина инвалидности и преждевременной смерти жителей экономически развитых стран [1]. Сегодня доля этих заболеваний в структуре смертности составляет 40-60%, при этом продолжается рост заболеваемости и поражение людей всё более молодого возраста, что делает сердечно - сосудистые заболевания важнейшей медико-социальной проблемой здравоохранения [2]. Причина ухода из жизни каждого второго человека – заболевания сердца и сосудов [2]. Перспективным методом лечения ИБС на настоящий момент считается эндоваскулярная хирургия [3]. Это сравнительно молодое направление медицины уже завоевало прочные позиции в лечении ИБС [3]. Из методов эндоваскулярной хирургии при ИБС чаще всего используются баллонная ангиопластика и стентирование, которые позволяют восстановить проходимость в пораженных ишемией артериях [4]. Проведенные исследования показывают, что после эндоваскулярного лечения риск осложнений невелик, а положительный эффект от лечения устойчивый и длительный [5]. При соблюдении больным рекомендаций кардиолога, касающихся образа жизни и уменьшения влияния факторов риска ИБС, вероятность полноценной, не омраченной угрозой тяжелых осложнений, жизни у пациента весьма велика [6].

Цель

- изучить эффективность имплантации металлических коронарных стентов с лекарственным покрытием у больных ИБС

Материал и методы

За период с 2010 по 2012 года в отделении рентген – хирургии «Областной Кардиологический Центр» г. Талдыкорган, РК, проведено комплексное лечение 249 пациентам с диагнозом «ИБС», проживающих в Алматинской области. При проведении коронарографии были выявлены атеросклеротические поражения крупных и мелких ветвей коронарных артерий. Возраст больных был от 30 до 92 лет (средний возраст составил $48 \pm 4,2$), мужчины составили 86,8 %, женщины -13,2%. Всем пациентам были имплантированы металлические коронарные стенты с лекарственным покрытием (МКСЛП). В качестве эндопротезов использовались металлические коронарные стенты с лекарственным покрытием: 100 стентов Cypher+, выделяющий сиролимус, 100 стентов Endeavor Resolut, зотаролимус выделяющий и 112 стентов Xcins V, выделяющий веролимус. В качестве рентген контрастного средства использовали препараты «Йогексол 350» и «Йопромид 370». Во всех рассматриваемых случаях (коронаро - вен- трикулография) стентирование выполнялись одноэтапно

Эндоваскулярлық нәтижелері жиі алматы облысы бойынша наукастар

Ахмад Насир, Манишарипова А.Т., Ким З.Г.

Қазақстан-Ресей Медициналық Университеті

Мақсаты: таныс - ЖИА ауруының шипасының нәтижелері мен көмек коронарлық стент эндоваскулярлық имплантация дәрілік жабындымен.

Тұжырымдар: Жарқылдақ ангиографиялық және клиникалық нәтижелер, стент бойынша интракоронарлық имплантация дәрілік жабындымен бас ЖИА ауруларының биік тиімділік және осы әдістің қолданысының қауіпсіздігіне деген нұсқайды.

The Results Of Interventional Treatment In Patients With Coronary Heart Disease (CHD), Almaty Region, Kazakhstan

Nassir Akhmad, A. Manshripova, Z. Kim.

Kazakhstan - Russian Medical University.

Purpose: examine the results of treatment of patients with coronary artery disease endovascular implantation of coronary drug-eluting stents.

Conclusions: Immediate angiographic and clinical results with intracoronary implantation of drug-eluting stents in patients with coronary artery disease indicates a high efficacy and safety of this method.

(224 пациентам трансрадиально и 25 пациентам трансфemorальным доступом) в рентгеноперационной, оснащенной ангиографической установкой AXIOM Artis (Germany).

Полученные результаты и обсуждение.

В таблице №1 представлена общая клиническая характеристика больных ИБС.

Таблица №1 - Общая клиническая характеристика больных ИБС

Показатель	Характеристика
Средний возраст, лет	$48 \pm 4,2$
Пациентов мужского пола	86,8%
Пациентов женского пола	13,2%
Стенокардия ФКI	1,6%
Стенокардия ФКII	28,2%
Стенокардия ФКIII	37,8%
Стенокардия ФКIV	2,4%
Острый Инфаркт Миокарда	22,5
Прогрессирующая стенокардия	3,6%
Постинфарктный кардиосклероз	50,2%
Фракция выброса левого желудочка, %	$51,3 \pm 12,1$
Сахарный диабет, количество	4,8%

Артериальная гипертония, количество	64,2%
Перенесенный инсульт, количество	2,0%
Отягощенная наследственность по ИБС	20,8%
АКШ в анамнезе	24,9%
Гиперхолестеролемиа	91,9%
Курение в анамнезе	48,2%

В следующей таблице № 2 представлены результаты проведенной коронарографии. При проведении коронарографии у обследованных больных выявлены следующие изменения коронарных артерий: поражение передней межжелудочковой артерии - 49,3%, диагональной ветви - 6,2%, огибающей артерии - 12,8%, ветвей тупого края - 5,4%, правой коронарной артерии - 24,2%, задней межжелудочковой артерии - 2,1%.

Таблица №2 – Поражение коронарных артерий по данным коронарографии

Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖВ)	49,3%
Диагональная ветвь (ДВ)	6,2%
Огибающая артерия (ОА)	12,8%
Ветвь тупого края (ВТК)	5,4%
Правая коронарная артерия (ПКА)	24,2%
Задняя межжелудочковая артерия (ЗМЖВ)	2,1%
Средний процент стеноза(%)	80,2±16,7
Окклюзия (стеноз 100%)	24,4%

Было выявлено, что поражение 2-х – 4-х коронарных артерий имеется у 96 (38,55%) больных. После проведения коронарографии нами было предложено проведение стентирования пораженных атеросклерозом коронарных артерий. В результате работы было имплантировано 312 МКСЛП в следующих сегментах коронарных артерий. В таблице №3 представлены результаты стентирования коронарных артерий. Так, нами было проведено стентирование передней межжелудочковой артерии - 115 (36,8%), диагональной ветви - 31 (9,9%), огибающей артерии - 48 (15,3%), ветви тупого края - 15 (4,8%), правой коронарной артерии - 86 (27,5%), задней межжелудочковой артерии - 17 (5,4%).

Таблица №3 – Проведение стентирования коронарных артерий у больных ИБС.

Передняя межжелудочковая артерия	115 (36,8%)
Диагональная ветвь	31 (9,9%)
Огибающая артерия	48 (15,3%)
Ветвь тупого края	15 (4,8%)
Правая коронарная артерия	86 (27,5%)
Задняя межжелудочковая артерия	17 (5,4%)

Имплантация коронарных стентов производилась в коронарные артерии диаметром не менее 2,0 мм. В таблице №4 представлены результаты стентирования коронарных артерий. Имплантация стента больным ИБС производилась в 1 коронарную артерию у 117 больных (46,98%), в 2 коронарные артерии - 107 больным (42,97%), в 3 коронарные артерии - 20 больным (8,03%), в 4 коронарные артерии - 5 больным (2,08%).

Таблица №4 – Количество проведенных имплантаций больным ИБС.

Показатель	Количество
1 коронарная артерия	117 (46,98%)
2 коронарные артерии	107 (42,97%)

3 коронарные артерии	20 (8,03%)
4 коронарные артерии	5(2,008%)

Средний показатель был равен 1,25 стента на одного пациента ИБС.

Непосредственный успех процедуры был достигнут в 248 случаях, что составило 99,59%. На госпитальном этапе лечения летальных случаев не наблюдалось. У одного больного не удалось восстановить коронарную артерию из-за перфорации артерий баллонным катетером. Пациент был переведен в другую клинику, где была проведена операция аортокоронарного шунтирования. Среднее время пребывания больного ИБС в стационаре составило 4,5 койко-дня. Благоприятное течение послеоперационного периода на госпитальном этапе наблюдали в 98,8% случаев больных ИБС. В средние отдаленные сроки отмечалось значительное улучшение общего состояния и снижение функционального класса стенокардии с III – IV до I – II у 236 (94,7%) пациентов ИБС. В 13 (5,2%) случаях положительной клинической динамики у больных ИБС отмечено не было, несмотря на хороший ангиографический эффект (таблица №5).

Таблица №5 – Результат проведенных чрескожных транслюминальных коронарных ангиопластик и стентирований коронарных артерий у больных ИБС (n=249)

Показатель	Количество
Ангиографический эффект процедуры	248 (99,6%)
Прямое стентирование	57 (22,8%)
Гладкое клиническое течение	231 (92,7%)
Снижение функционального класса до I – II	231 (92,7%)
Осложнения:	
Госпитальная летальность	0
Перфорация коронарной артерии	1 (0,4%)
Реакция на рентген контрастные вещества	5(2%)
Среднее время пребывания больного в стационаре	4,5 койко-дня.

Таким образом, нами представлены данные по интракоронарной имплантации металлических коронарных стентов у больных ИБС Алматинской области РК.

Выводы:

Непосредственные ангиографические и клинические результаты при интракоронарной имплантации металлических коронарных стентов с лекарственным покрытием у больных ИБС указывает на высокую эффективность и безопасность применения этого метода на сегодняшний день.

Список литературы

- 1.Руководство по рентген эндоваскулярной хирургии сердца и сосудов под редакцией Л.А. Бокерия, Б.А. Алекян. - М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. - 2008.-200с.
- 2.Бокерия Л.А., Алекян Б.Г., Коломбо А.,Бузиашивили Ю.И. Интервенционные методы лечения ишемической болезни сердца. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2002.-223с
- 3.Шилов А. М., Мельник М. В., Осия А. О. Лечение неосложненного инфаркта миокарда (общие положения) Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2010; Т 7, № 5.-36–41с.
- 4.ESC GUIDELINES DESK REFERENCE. 2010. 325–352с.
- 5.Guidelines for the Management of Patients With Unstable Anginal Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. ACC/AHA 2007.-334с
- 6.Management of angina pectoris. Recommendations of the Task Force of ESC // Eur Heart J. 2006; 27: 1341–1381с.

Роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача кардиолога

Шокарева Г.В.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет»

Оценка качества жизни у больных включает физические, психические, эмоциональные и социальные аспекты жизни человека. В последнее десятилетие все большее внимание клиницистов привлекает проблема оценки качества жизни больных с сердечно - сосудистыми заболеваниями, в том числе перенесших острый инфаркт миокарда, больных с артериальной гипертонией, с хронической сердечной недостаточностью.

Это объясняется, прежде всего, тем, что для каждого больного важны не только показатели физического состояния, первостепенное значение имеет также ощущение жизненного благополучия, как в физическом, так и в психическом и социальном аспектах. Традиционные критерии оценки эффективности различных методов лечения уже не удовлетворяют исследователей и практических врачей, в связи с чем, в клинических исследованиях показатели качества жизни (КЖ) приобретают все большее значение.

В настоящее время в медицине сложилось представление, что роль врача заключается не только в том, чтобы увеличить число лет, прожитых больным, но и улучшить их качество. Это представление учитывается в клинической практике, в работе учреждений здравоохранения и составлении их бюджета, при оценке эффективности новых лекарственных препаратов и т.п. (1,2,3). Оценка КЖ необходима и в таких случаях, когда в результате лечения достигается неполное выздоровление, например, при ревматоидном артрите или инфаркте миокарда (ИМ) (3). Улучшение качества жизни может быть достигнуто при использовании общих и специальных методов, подходящих для любого или же конкретного заболевания. Эффективность использования тех и других зависит от правильной интерпретации результатов контрольных исследований на репрезентативном материале.

Понятие качество жизни давно вошло в мировую медицинскую практику. В 1947 г. американский ученый D.Karnofsky впервые предложил нефизиологические методы оценки параметров рака. Эта работа положила начало исследованиям по всестороннему исследованию личности, страдающей соматическим заболеванием (4).

Большая исследовательская работа по выработке основополагающих критериев КЖ человека до конца XX века была проделана Всемирной организацией здравоохранения. Основные из них: физические, психологические, уровень самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда, духовность.

Под медицинским аспектом КЖ понимают влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), наступающего в результате заболевания ограничения функциональной способности, а также лечения на повседневную жизнедеятельность больного (5). Существует много определений этого термина, обычно включающих в себя такие компоненты как показатели физического здоровья, социального положения, психического состояния пациента и другие. Считается, что качество жизни - это субъективный

показатель удовлетворения личных потребностей в жизни, отражающий степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. До настоящего времени нет универсального определения качества жизни .

Ряд исследователей в настоящее время определяют КЖ как способность индивида функционировать в обществе соответственно своему социальному положению и получать удовлетворение от жизни (5, 6). Понятие качества жизни является обобщающим термином, который охватывает все стороны жизни человека и отражает субъективное восприятие человеком своего состояния здоровья и благополучия. Качество жизни определяют 3 группы факторов или компонентов: 1 - функциональная способность; 2 - личностное восприятие своего состояния; 3 - симптомы - следствие основного или сопутствующего заболеваний.

Функциональная способность - это способность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную и эмоциональную функции, экономическую обеспеченность.

Восприятие включает взгляды человека и его суждения о ценностях указанных выше компонентов; важное значение имеет восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия и удовлетворения жизнью. Целесообразно проводить оценку тех изменений КЖ, которые сам пациент считает важными, относящимися к системе ценностей и жизненных перспектив.

Симптомы являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, они уменьшаются либо исчезают в результате вмешательства, являясь третьим важным компонентом КЖ.

Сердечно-сосудистые заболевания приводят к снижению качества жизни больных, степень снижения которого в определенной мере связана с представлением больных о тяжести заболевания и его последствиях (7).

Определение КЖ основывается не только на оценке человеком уровня своего благополучия в физическом, психическом (интеллектуальном, эмоциональном), социальном (профессиональная, домашняя, рекреационная активность, взаимоотношения на работе, в семье, обществе), но и экономическом отношении. Учитывают также способность сосредотачиваться, принимать решения, память, живость восприятия, визуально-моторную координацию, сексуальную функцию, душевный комфорт, эмоциональную стабильность и чувство удовлетворения жизнью. Все эти компоненты качества жизни могут быть измерены отдельно и в целом с помощью различных анкет, методик, тестов, шкал и индексов.

Несмотря на наличие большого количества различных показателей качества жизни, его оценка продолжает оставаться источником дискуссии. Предметом дебатов служат до конца не решенные методические вопросы оценки КЖ. При разработке программы улучшения качества жизни следует принимать во внимание три обстоятельства: 1) необходимость изменить в лучшую сторону физический,

психический и социальный статус больного; 2) при оценке качества жизни первостепенное значение придавать субъективному фактору; 3) разработать количественные критерии оценки КЖ (3).

Для различных групп, регионов, стран можно определить условную норму качества жизни и в дальнейшем проводить сравнение с этим показателем (4). Единых критериев и стандартных норм КЖ не существует. Предпринимается множество попыток изучения КЖ у больных соматического профиля: в пульмонологии (4); у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после аорто-коронарного шунтирования (8); при инфаркте миокарда (5,9), популяции одного из районов Республики Казахстан (10); при артериальной гипертонии (11.); при хронической сердечной недостаточности (12,134); при ревматоидном артрите (14); аритмиях (15).

Существуют соответственно заболеваниям различные методики, опросники, общие и специальные (SF-36, SF-22, медико-социальная анкета ВКНЦ (1982), Visual Analogue Scale VAS, и др.), опросник LWHF (Living with Heart Failure). Критерии КЖ продолжают разрабатываться. Так, предлагается оптимальная структура понятия качества жизни, состоящая из пяти шкал с пятибалльной оценкой: шкалы «выживаемости», «физических резервов», «психологического статуса», «социального статуса», «профессиональных возможностей», которая могла бы использоваться в работе практического врача.

Сбор стандартных ответов на стандартные вопросы оказался самым эффективным методом оценки статуса здоровья. Определение показателя КЖ позволяет полнее оценить общее состояние больных, а использование его в динамике дает возможность судить о результатах реабилитации. Анализ динамики КЖ может помочь в выборе альтернативного препарата, стать дополнительным источником объективной информации о состоянии больного, эффективности терапии (2).

У больных ИМ изучение КЖ проводилось на разных этапах его течения ИМ. Так, выявлено, что у 25% пациентов болезненные переживания возникают из-за «снижения качества жизни», необходимости ограничивать себя в некоторых удовольствиях и «земных радостях» (8). Во многих исследованиях средний уровень качества жизни больных, перенесших ИМ, через год оказался очень низким (-12,8 балла, -11,8) (5,16). В других, через 5 лет после ИМ, не выявлено существенных изменений, более того, КЖ не отличалось от такового у здоровых лиц.

Выявлена зависимость показателя качества жизни больных ИБС от стадии хронической сердечной недостаточности (17), возраста (18). В исследованиях (13) установлено повышение физической работоспособности и улучшение качества жизни у больных ИБС в результате физических тренировок как через 3, так и 6 месяцев.

В ряде исследований установлено, что основной причиной снижения качества жизни после перенесенного ИМ является необходимость лечиться (до 58,6-95,1% больных) и ограничение трудовой деятельности (70,9%) (9). В то же время имеются данные, где основной причиной снижения КЖ у больных ИМ были необходимость избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению (50,8% больных), тогда как необходимость лечиться снижала КЖ только у 43,5% больных (7). При оценке изменений, выявленных через год у больных ИМ после операции АКШ, суммарный показатель качества жизни для работающих был более благоприятным, а данные теста СМОЛ свидетельствовали о меньшей внутренней напряженности, что подтверждает в определенной мере представление о связи психосоматического здоровья с социальным благополучием.

В некоторых исследованиях у больных, перенесших ИМ, установлена корреляционная связь между суммарным

показателем качества жизни и фракцией выброса (12). Выявлено, что после перенесенного ИМ показатель качества жизни выше у мужчин, чем у женщин, а сопутствующая артериальная гипертония способствует снижению качества жизни (9). Причем, качество жизни зависит от функционального класса постинфарктной стенокардии, более низкое КЖ у больных с ФК 111, чем ФК1 (5, 12).

Это объясняется тем, что у них происходит значительное нарастание тяжести недостаточности кровообращения. Появляются признаки декомпенсации в покое, обуславливающие необходимость значительного ограничения трудовой деятельности, что может привести к снижению уровня доходов и материального благополучия (5). Имеются сведения о том, что КЖ зависит не только от функционального состояния сердечно-сосудистой системы, но и от психологического статуса пациента (5, 7). В то же время имеются исследования, в которых не выявлено линейной зависимости между соматическим состоянием, психологическим статусом и качеством жизни больных инфарктом миокарда (19).

Изучение качества жизни у больных ИМ актуально еще и потому, что, с одной стороны, в последние годы появилось большое количество новых лекарственных препаратов, с другой - постоянно расширяются возможности немедикаментозных методов терапии. В этой ситуации показатели качества жизни могут явиться важным дополнительным критерием при выборе врачебной тактики.

Современная терапия ИМ имеет три цели: 1 - улучшение качества жизни больных (устранение симптомов осложнений и т.д.), 2 - уменьшение необходимости в госпитализации в связи с возникшими осложнениями, предупреждение возможных осложнений, прогнозирование их, 3 - увеличение продолжительности жизни больных.

Изменения качества жизни в настоящее время признаны одним из важнейших критериев эффективности лечебных и профилактических мероприятий в клинической практике (20).

Несмотря на повышенный интерес к оценке медицинских аспектов качества жизни у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в настоящее время отсутствуют сведения о сопоставлении показателей качества жизни и клинико-функциональных данных больных, перенесших инфаркт миокарда, на стационарном и постгоспитальном этапе болезни. Не изучено влияние осложнений на психический статус и качество жизни. Не изучена динамика психологического статуса, качества жизни в зависимости от темпа стационарного этапа реабилитации. Не решен вопрос о взаимосвязи между уровнем толерантности к физической нагрузке и показателями психического статуса и качества жизни.

Таким образом, улучшение качества жизни наряду с ограничением прогрессирования болезни и улучшением функциональных возможностей организма больного является основной целью терапевтической стратегии.

Литература

1. Алеева Г.Н. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии. Рус. мед. журнал: РМЖ. - 2006. - №10. - С. 761-763.
2. Мартынов А.И., Степура О.Б., Пак Л.С., Акатова Е.В., Мельников О.О. Влияние терапии на качество жизни кардиологических больных. Рос. мед. вестн. 1999; 4 (1): 28-34.
3. Badia Xavier, Camij Xavier. Оценка качества жизни в клиническом исследовании. La evaluaci3n de la calidad de vida en el contexto del ensayo cl3nico. Med. din. 1998; 110 (14): 550-556.
4. Сенкевич Н.Ю., Беляевский А.С. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии. Тер. архив 2000; (3): 36-41.
5. Проворотов В.М., Кравченко А.Я., Будневский А.В., Алехина О.Д., Грекова Т.И. Качество жизни больных, перенесших инфаркт

- миокарда. *Клиническая медицина* 1998; (11): 25-27.
6. Williams G.H. Quality of life and its impact on hypertensive patients. *Amer. J. Med.* 1987; (82): 99-105.
7. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Кардиология* 2002; № 5.-С.92-95.
8. Косов В.А., Костюк А.Л., Ермолин С.Н. Опыт реабилитации кардиохирургических больных в клиническом санатории. *Клиническая медицина* 2000; (3):32-35.
9. Петрова М.М., Романова И.В., Рыжкова Н.А. Показатели качества жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда. *Рос. кард. журнал* 1999; (4): 125.
10. Германюк Т.А., Гаврилов С.С., Кайрбеков А.К., Садыков Б.Н. Качество жизни населения Тал-гарского района Алматинской области. *Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением.* Алматы, 2000; (16): 17-19.
11. Колпакова Е.В. Качество жизни и артериальная гипертония; роль оценки качества жизни в клинических исследованиях и практической деятельности врача. *Терапевтический архив* 2000; (4): 71-74.
12. Козлова С.П., Семернин Е.Н., Джанелидзе Н.В. с соавт. Взаимосвязь клинико-гемодинамических параметров и показателей качества жизни у больных хронической сердечной недостаточностью. Тезисы докл. на Рос.нац.конгрессе кардиологов. М, 2000: 142-143.
13. Анзимирова Н.В., Новикова Н.К., Жидко И.И. с соавт. Физическая работоспособность и качество жизни больных с ИБС и хронической сердечной недостаточностью П-Ш ФК и их динамика под влиянием физических тренировок. Тезисы док.1, на Рос.нац.конгрессе кардиологов. М., 2000: 15.
14. Уланова Е.А. Качество жизни при тревожных расстройствах у больных ревматоидным артритом. *Клиническая медицина* 2001; (1): 47-50.
15. Либис Р.А., Прокофьев А.Б., Коц Я.И. Оценка качества жизни у больных с аритмиями. *Кардиология* 1998; (3): 49-51.
16. Симоненко В.Б., Стеклов В.И. Исследование качества жизни у кардиологических больных.// *Клиническая медицина.*-2007 г. № 3.-стр 11-15.
17. Кром И.Л., Ребров А.П., Лившиц Л.Я., Пуртов В.А. Оценка качества жизни у больных ишемической болезнью сердца с церебро-васкулярной патологией при проведении медико-социальной экспертизы. Тезисы доклада Рос. нац. конгресса кардиологов. М., 2000: 156.
18. Родионова Л.В., Помогалова О.Т. Опыт работы «школы реабилитации больных инфарктом миокарда». Тезисы докл. на Рос. нац. конгрессе кардиологов. М, 2000: 251.
19. Хадзегова А. Б. Качество жизни у больных, перенесших инфаркт миокарда, в процессе реабилитации. Дис. канд. мед. наук: М., 1995, 175 с.
20. Изможерова Н.В., Попов А.А., Гетманова Н.А. Качество жизни женщин с артериальной гипертонией в климактерии.- *Клиническая медицина.*-2008.-№ 11.-С.37-40.

Изучение роли полиморфизма гена репарации ДНК XRCC3 в предрасположенности к ишемической болезни сердца

¹Беркимбаева З.А., ¹Хусаинова Э.М., ¹Джансугурова Л.Б., ²Манишарипова А.Т.

¹Институт общей генетики и цитологии КН МОН РК, Алматы, Казахстан

²Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

На сегодняшний день сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смертности как в экономически развитых странах, так и в Казахстане. Среди терапевтических заболеваний распространенность ССЗ составляет 1078,9 случаев на 10,0 тыс. взрослого населения и занимает второе место. Только в странах Европы от ССЗ в год умирает до 3 млн. человек, что составляет 48,3% смертности. В Казахстане смертность от сердечно-сосудистой патологии составляет 57%. Динамика ССЗ в Казахстане показывает ежегодный прирост. Так с 2005 по 2009 год заболеваемость ССЗ выросла на 29 процентов, [1].

Две трети всех сердечно-сосудистых заболеваний представляет коронарная болезнь сердца (ишемическая болезнь сердца, ишемия). В индустриально развитых странах 80% от всех случаев сердечно-сосудистых патологий составляют различные формы ИБС и её осложнения. Так, общая летальность от инфаркта миокарда в США составляет 30-35% (1-10 человек в день). Уровень смертности от ИБС также высок в таких странах как Финляндия, Северная Ирландия, Англия и Австралия [2].

Основными этиопатогенетическими факторами возникновения сердечно-сосудистых заболеваний являются нарушения липидного обмена и свободнорадикальных реакций, изменение реологических свойств крови, диабет, курение и длительное влияние неблагоприятных факторов окружающей среды. В связи с этим активно обсуждается роль АФК, свободных радикалов, O₂, NO, пероксинитрита, канцерогенов табачного дыма и многих других мутагенов в формировании предрасположенности к ИБС [3-5]. Было сделано предположение, что вызываемые этими мутагенами нерепарируемые повреждения ДНК (генные и хромосомные мутации) могут быть связаны с развитием сердечно-сосудистой патологии [6].

В наших предыдущих работах было показано, что полиморфизм фермента 2-ой фазы детоксикации ксенобиотиков - глутатион-S-трансферазы M1 типа - ассоциируется с предрасположенностью к сердечно-сосудистым заболеваниям [7]. На данном этапе представляло интерес выяснить, существует ли взаимосвязь полиморфизма генов репарации с предрасположенностью к ИБС.

Известно много генов репарации ДНК, которые по данным эпидемиологических исследований могут быть вовлечены в развитие предрасположенности к мультифакторным заболеваниям. На сегодняшний день известно немного исследований, посвященных изучению роли полиморфизма генов репарации в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, и нет ни одной работы по изучению ассоциации полиморфизма гена XRCC3 с предрасположенностью к ИБС. Исходя из анализа литературных данных [8-10], для настоящего исследования мы выбрали полиморфизм 241 кодона XRCC3, поскольку известна вовлеченность данного гена в репарацию повреждений, индуцированных свободными радикалами и полициклическими ароматическими

углеводородами.

Для исследования значения генетических факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний были выбраны больные терапевтического отделения НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. Клинические диагнозы и обследование проводились опытными специалистами НИИКиВБ МЗ РК. Всего обследовано 96 мужчин, больных ИБС с острым коронарным синдромом или со стабильными формами стенокардии. Согласно клиническим данным, а также электрофизиологическим и биохимическим исследованиям больные с ИБС были подразделены на 2 группы. Это группа больных ИБС с острым коронарным синдромом (ОКС), которую составили 43 пациента (44,8%) и группа больных со стенокардией напряжения постинфарктным кардиосклерозом, которую составили 53 пациента (55,2%).

В группу ОКС входило 22 пациента с верифицированным ОИМ (51,2%) и 21 пациент с прогрессирующей стенокардией (48,8%). В группу больных с постинфарктным кардиосклерозом входило 18 пациентов со стенокардией напряжения ФК I - II, постинфарктным кардиосклерозом, что составило 33,9%. 35 больных СН ПИК страдали стенокардией напряжения ФК III - IV, постинфарктным кардиосклерозом (66,1%). 75% пациентов ИБС (72 человека) страдали сопутствующей артериальной гипертонией 2 - 3 степени, факторами риска 2 - 3. При проведении обследования у всех 96 больных были выявлены симптомы сердечной недостаточности. Они соответствовали II - III классу по классификации NYHA [11].

Контрольная группа состояла из 96 практически здоровых лиц, некурящих мужчин, сопоставимых по возрасту и национальности с больными людьми. Лица контрольной группы не имели в анамнезе указаний на ангинозные боли, повышение артериального давления, другую патологию со стороны сердечно-сосудистой системы. В контрольную группу входили условно здоровые лица без клинических проявлений ИБС, без отягощенного семейного анамнеза по атеросклерозу, без ишемических проявлений на ЭКГ.

Для выявления ассоциированности гена XRCC3 с предрасположенностью к ИБС мы провели генотипирование с помощью ПЦР и последующей рестрикции амплифицированных фрагментов по исследуемому виду полиморфизма в группе больных ИБС и здоровых людей. На рисунке 1 представлено распределение полиморфных аллелей по 241 кодону гена XRCC3 в изученных когортах людей. Были определены частоты встречаемости генотипов по данному виду полиморфизма в изученных популяциях.

Частота нормального генотипа XRCC3 241 Thr/Thr в группе больных ИБС составила 81,25% (78 чел.), тогда как частота гетерозигот XRCC3 241 Thr/Met - 14,58% (14 чел.) и мутантных генотипов XRCC3 241 Met/Met - 4,17% (4 чел.). Частота нормального генотипа XRCC3 241 Thr/Thr в группе здоровых людей составила 78,13% (75 чел.), тогда как частота гетерозигот XRCC3 241 Thr/Met - 13,54%

(13 чел.) и мутантный генотип XRCC3 241 Met/Met представляли 8 человек (8,33%). Так, отмечено, что частота гомозигот по редкому аллелю в популяции здоровых людей выше, чем у больных ИБС. В целом по изученным когортам распределение генотипов соответствует распределению Харди-Вайнберга.

Частота полноценно функционального аллеля XRCC3 241Thr в популяции больных ишемической болезнью сердца составила – 0,885, а полиморфного аллеля XRCC3 241Met – 0,115. Эти данные согласуются с литературными данными о встречаемости функционального аллеля в популяциях азиатов (0,852-1,000). Частота полноценно функционального аллеля XRCC3 241Thr в контрольной популяции составила – 0,849 частота полиморфного аллеля XRCC3 241Met – 0,151. Стоит отметить, что распространенность аллеля XRCC3 241 Thr в популяции здоровых людей Алматинской области чуть ниже частоты, встречаемой в литературе по анализу различных азиатских популяций (0,852-1,000).

Для определения взаимосвязи между генотипами и предрасположенностью к развитию ИБС были определены показатели относительного риска (таблица 1). Анализ относительного риска влияния определенных генотипов на развитие ишемической болезни не выявил ассоциации полиморфных генотипов с развитием ИБС.

Так, как видно из таблицы 1, «благополучный» генотип (гомозиготы по функциональному аллелю - XRCC3 Thr241Thr) слегка повышает риск развития ИБС (OR=1,21), с учетом гетерозиготного генотипа (рецессивная модель, таблица 1), риск повышается (OR=2,09). Все результаты не являются статистически достоверными. Таким образом, участие этого вида полиморфизма в этиологии сердечно-сосудистых заболеваний вряд ли возможно.

Ранние исследования генов репарации в развитии мультифакторных заболеваний оказались крайне противоречивыми. С одной стороны выявлена достоверная ассоциация с развитием различных форм рака таких, например, как меланома, рак легких и рак молочной железы. С другой стороны не обнаружена взаимосвязь с развитием патологий, более того было найдено протективное влияние данных аллельных вариантов [12].

Полученные нами данные показывают отсутствие связи представленного полиморфизма (XRCC3 Thr241Met) как с предрасположенностью, так и с устойчивостью к развитию ИБС. Возможно, для получения более достоверных данных необходимо увеличивать объемы выборки и осуществлять более целенаправленный отбор контрольной популяции. Об этом свидетельствует большая частота мутантных аллелей в выбранной нами контрольной группе.

Возможно, изучение других видов полиморфизма, например, генов, вовлеченных в регуляцию клеточного цикла, апоптоза, процессы детоксикации ксенобиотиков необходимо изучать в совокупности с другими факторами риска такими, как курение и неправильное питание, способствующими накоплению в организме токсичных соединений и нерепарируемых повреждений ДНК. Это поможет установить ассоциативные связи и установить комплексы взаимодействующих факторов, способствующих развитию сердечно-сосудистой патологии на фоне генетической предрасположенности.

Также целесообразно проводить дальнейшие исследования в данной области для установления детальных ген-ген взаимодействий и их влияния на предрасположенность к мультифакторным заболеваниям, в том числе

Таблица 1 – Оценка относительного риска влияния генотипов XRCC3 Thr241Met на предрасположенность к ИБС

Вид полиморфизма	Генотип	ИБС, чел. (%)	Контроль, чел. (%)	OR	CI (95%)	χ^2	P
XRCC3 241 Thr/Met	Thr/Thr	78 (81,25)	75 (78,13)	1,21	0,60-2,46	1,43	0,49
	Thr/Met	14 (14,58)	13 (13,54)	1,09	0,48-2,46		
	Met/Met	4 (4,17)	8 (8,33)	0,48	0,14-1,64		
XRCC3 241 Thr/Met Доминантная модель	Thr/Thr	78 (81,25)	75 (78,13)	1,21	0,60-2,46	0,29	0,59
	Thr/Met и Met/Met	14+4=18 (18,75)	13+8=21 (21,87)	0,82	0,41-1,67		
XRCC3 241 Thr/Met Рецессивная модель	Thr/Thr и Thr/Met	78+14=92 (95,83)	75+13=88 (91,67)	2,09	0,61-7,19	1,42	0,23
	Met/Met	4 (4,17)	8 (8,33)	0,48	0,14-1,64		

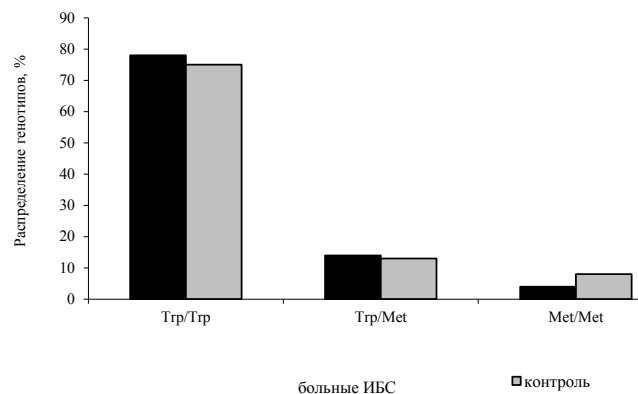


Рисунок 1 – Частота встречаемости генотипов по полиморфизму XRCC3 Thr241Met у больных ИБС и здоровых людей

ишемической болезни сердца. Высокие показатели заболеваемости и смертности от инфаркта миокарда обуславливают постоянно растущий интерес к проблеме выявления групп риска и методам терапии данной патологии. Следует отметить, что проведение только эпидемиологических исследований не позволяет выявить точные критерии, и тем более являются малоэффективными в области разработки превентивных методов. В этих случаях весьма актуальным остается углубленное изучение патогенеза и молекулярных механизмов развития ИМ.

Литература

1. Семькина Ю. Новые стандарты // http://www.continent.kz/asia_32-33/11.htm
2. WHO Cardiovascular diseases (CVDs) // Fact sheet N°317. September 2011. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
3. Yao S. Oxidative Stress and Cardiac Repair/Remodeling following Infarction //The American Journal of the Medical Sciences. - 2007. - Vol. 334. - P. 197-205.
4. Pacher P., Beckman J.S., Liaudet L. Nitric oxide and peroxynitrite in health and disease //Physiol. Rev. - 2007. - Vol. 87. - P. 315-424.
5. Hare J.M., Tamler J.S. NO/redox disequilibrium in the failing heart and cardiovascular system //J. Clin. Invest. - 2005. - Vol. 115. - P. 509-517.
6. Martinet W., Knaepen M.W., et al. Oxidative DNA damage and repair in experimental atherosclerosis are reversed by dietary lipid lowering //Circ. Res. - 2001. - Vol. 88. - P. 733-739.
7. Bulentayeva Z.A., Bekmanov B.O., Djansugurova L.B., Bersimbaev R.I. Polymorphism of GST and XRCC genes in susceptibility to coronary artery disease // Известия НАН РК. Серия биологическая и медицинская. - 2008. - № 4. - С. 37-40.
8. Goode E.L., Ulrich C.M. et al. Polymorphisms in DNA repair genes and associations with cancer risk //Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. - 2002. - Vol. 11. - P. 1513-1520.
9. Zhou W., Liu G., Miller D., et al. Polymorphisms in the DNA Repair Genes XRCC1 and ERCC2 //Smoking, and Lung Cancer Risk.

- Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. - 2003. - Vol. 12. - P. 359-365.
10. De Ruyck K., Szaumkessel M., et al. Polymorphisms in base-excision repair and nucleotide-excision repair genes in relation to lung cancer risk // *Mutation Research*. - 2007. - Vol. 631. - P. 101-110.
 11. Nomenclature and Criteria for Diagnosis of Ischemic Heart Disease Report of the Joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization Task Force on Standardization of Clinical Nomenclature // *Circulation*. - 2004. - Vol. 59. - P. 607- 609.
 12. Lopez-Cima F., Gonzalez-Arriaga P., et al. Polymorphisms in XPC, XPD, XRCC1 and XRCC3 DNA repair genes and lung cancer risk in a population of Northern Spain // *BMC Cancer*. - 2007. - Vol. 7. - P. 162-169.

Комплексное лечение дисфункции эндотелия больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Ким З.Г., Маншарипова А.Т., Аширова Д.А., Исабекова А.Х., Биекенова Г.К.
Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Ишемическая болезнь сердца и сахарный диабет 2 типа по своей распространенности, последствиям для сердечно-сосудистой системы и риску развития осложнений более полувека возглавляют список наиболее значимых социальных проблем.

Дисфункция эндотелия у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), особенно при сопутствующем сахарном диабете (СД), лежит в основе развития сердечно-сосудистых осложнений (1). Сахарный диабет существенно утяжеляет течение ИБС, способствует усилению эндотелиальной дисфункции, ускорению развития атеросклероза коронарных и магистральных артерий, усугублению гипоксических процессов в миокарде, активации свободнорадикального окисления и окислительного стресса (2).

Окислительный стресс при ИБС и зачастую при сахарном диабете приводит к окислительной модификации липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и повышению в них активности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) (10). Окисленные ЛПНП способствуют развитию и прогрессированию эндотелиальной дисфункции за счет ингибирования синтеза и высвобождения эндотелиального оксида азота – одного из основных регуляторов нормальной функции эндотелия (11). Именно феномен окислительного стресса и связанное с ним окисление жирных кислот приводят к повреждению клеточных мембран и дисфункции эндотелия.

Эндотелиальная дисфункция является одним из ключевых звеньев сердечно-сосудистого континуума и ее коррекция, согласно современным концепциям, имеет большое значение и может быть критерием оценки эффективности лечения. (17, 18,19).

Имеются доказательства положительного влияния на ЭД большинства препаратов, применяемых в кардиологической практике: бета-адреноблокаторов (Von zur Muhlen B., et al., 2000), антагонистов кальция (Kitakaze M. et al., 2000), ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (Mancini G.B.J. et al., 1996), гиполипидемических препаратов (Anderson T.J. et al., 1995) и т.д. В последние десятилетия в арсенале средств, позволяющих влиять как на метаболизм миокарда в условиях ишемии, так и на дисфункцию эндотелия появились препарат, ограничивающий транспорт жирных кислот через мембраны к месту их окисления в митохондриях – милдронат (милдронат) (20,21).

Известно, что милдронат уменьшает концентрацию карнитина и усиливает синтез γ -бутиробетаина, который в свою очередь, индуцирует образование оксида азота, тем самым влияет на дисфункцию эндотелия (23). Поэтому целью нашего исследования явилось: изучить влияние милдроната на потокзависимую вазодилатацию у пациентов ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа на фоне комплексной стандартной терапии.

Материалы и методы

В открытое контролируемое исследование было включено 48 пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения ФК III в сочетании с сахарным диабетом 2 типа.

Всеми пациентами было оформлено письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения явились индивидуальная непереносимость препарата Милдронат или его ингредиентов; ожирение (индекс массы тела $\geq 35 \text{ кг/м}^2$); инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе или нестабильная стенокардия в последние 3 месяца до исследования; хроническая сердечная недостаточность ФК IV (по классификации NYHA); воспалительные заболевания миокарда; хронические заболевания легких; сложные нарушения ритма; заболевания крови, анемия; хроническая печеночная недостаточность; хроническая почечная недостаточность; заболевания щитовидной железы; СД 1 типа; прием Милдроната или других метаболических препаратов в период до 6 месяцев до исследования; наркотическая или алкогольная зависимость; женщины в период беременности и кормления грудью.

Включенные в исследование пациенты были разделены случайным методом на 2 группы. 1–ю (основную) группу составили 28 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, средний возраст составил $60,2 \pm 1,6$. Им к общепринятой стандартной терапии добавили Милдронат® в капсулах по 500 мг, по 1 капсуле утром и в обед, суточная доза препарата составила 1000мг.

Вторая (контрольная) группа включала 20 пациентов в возрасте $54,3 \pm 2,3$, они получали только общепринятую стандартную терапию без Милдроната®

Группы обследованных были сопоставимы по полу и возрасту. Длительность приема препарата и наблюдение за пациентами продолжалось в течение 3 месяцев. Все клинико–инструментальные показатели регистрировались исходно и через 3 месяца наблюдения. Общепринятая стандартная терапия включала: антиангинальные препараты (бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция), ингибиторы АПФ, статины, антиагреганты, гипогликемические препараты.

Клинически оценивались: среднее количество приступов стенокардии; уровни систолического и диастолического артериального давления; число сердечных сокращений; сахар венозной крови натощак, гликированный гемоглобин (HbA1c); толерантность к физической нагрузке, проба с реактивной гиперемии (функция плечевой артерии).

Для диагностики функционального состояния у пациентов проводился тест с 6-минутной ходьбой. После измерения исходных АД, ЧСС пациент в течение 6 мин

ходил по коридору и затем измеряли (в метрах) пройденную дистанцию. Темп ходьбы пациенты выбирали самостоятельно с таким расчетом, чтобы после окончания теста они не могли бы продолжать ходьбу без появления одышки, мышечной утомляемости или тяжести в ногах.

Сосудодвигательную функцию плечевой артерии изучали при помощи метода дуплексного ультразвукового ее сканирования с помощью датчика 7,5 МГц на аппарате «Vivid-7» (General electric, США) по методике D.Celermajer с соавт., 1992. (23). Пробу с реактивной гиперемией проводили по стандартной методике: плечевую артерию (ПА) лоцировали в продольном сечении на 2-5 см выше локтевого сгиба, изображение синхронизировали с зубцом R на электрокардиограмме. После измерения диаметра ПА в покое проводили пробу с реактивной гиперемией (РГ). На плечо, выше места визуализации, накладывали манжету сфигмоманометра и создавали в ней давление, на 50 мм.рт.ст. превышающее систолическое артериальное давление. Продолжительность окклюзии плечевой артерии составляла 5 мин с повторным определением диаметра последней через 90 с после декомпрессии. Согласно общепринятым стандартам нормальной реакцией артерии считали увеличению диаметра более чем на 10% от исходного диаметра. Нарушением эндотелиальной функции считали расширение плечевой артерии менее 10%. Эндотелийзависимую вазодилатацию рассчитывали как отношение изменения диаметра на фоне реактивной гиперемии до диаметра артерии в состоянии покоя, выраженное в процентах по формуле $\% \Delta D = 100\% \times \frac{D_1 - D_0}{D_0}$, где D_1 – величина диаметра плечевой артерии в фазу реактивной гиперемии, D_0 – исходный диаметр плечевой артерии.

Статистическая обработка материала проведена методом вариационной статистики с применением критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

В открытом контролируемом исследовании нами были обследованы больные ИБС и сахарным диабетом, которые составили две группы. 1 группа больных получала наряду со стандартной терапией милдронат, 2 группа больных получала только стандартную терапию (контрольная группа). Клиническая картина больных представлена в таблице №1.

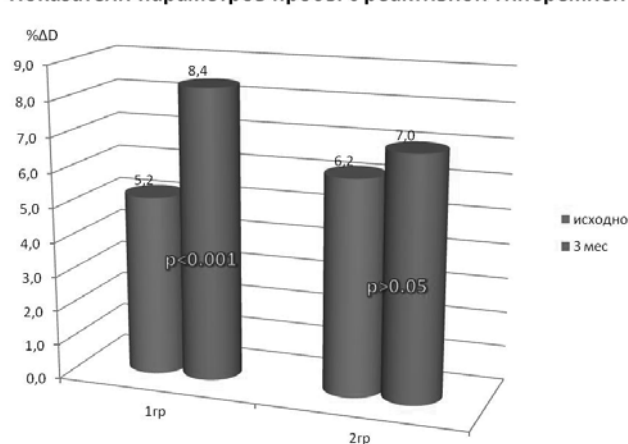
Таблица 1 - Основные клинико-лабораторные показатели

Показатели	1 группа (n=28)	2 группа (n=20)
Возраст, годы	60,2±1,6	54,3±2,3
Длительность ИБС (год)	7,7±1,4	7,3±1,2
Длительность заболевания сахарным диабетом (год)	5,3±0,7	5,0±0,9
САД, мм.рт.ст.	128,1±2,5	129,7±3,0
ДАД, мм.рт.ст.	81,3±1,3	80,7±1,8
Гликемия натощак	7,5±0,3	7,5±0,4
HbA1c (%)	7,5±0,5	7,9±0,5
ИМТ, кг/м ²	28,5±0,6	27,5±1,0

Как видно из таблицы №1, полученные данные свидетельствуют о том, что основные клинико-лабораторные показатели больных ИБС с СД в сравниваемых группах были сопоставимы. Надо отметить, что в сравниваемых группах больных ИБС и СД базисная терапия до лечения не различалась.

С целью определения клинической эффективности милдроната оценивалось влияние препарата на основные

Показатели параметров пробы с реактивной гиперемией



показатели работы сердечно-сосудистой системы. В таблице 2 представлена динамика показателей АД больных ИБС и СД при комплексном лечении с милдронатом.

Таблица 2 - Динамика АД у больных 1-ой группы

Показатели	До лечения	После лечения	Р
АД систолическое, мм.рт.ст.	128,1±2,5	125,4±1,8	нд
АД диастолическое, мм.рт.ст.	81,3±1,3	79,8±1,0	нд
Частота сердечных сокращений, уд/мин.	75,5±4,1	70,6±1,2	нд

Как видно из таблицы, комплексная терапия с милдронатом не влияла на уровень артериального давления и частоту сердечных сокращений больных ИБС и СД. Такие же результаты нами были получены у больных контрольной группы (таблица 3).

Таблица 3- Динамика АД у больных 2-ой группы

Показатели	До лечения	После лечения	Р
АД систолическое, мм.рт.ст.	129,7±3,0	125,3±2,1	нд
АД диастолическое, мм.рт.ст.	80,7±1,8	78,0±2,0	нд
Частота сердечных сокращений, уд/мин.	71,7±1,6	69,9±1,6	нд

Полученные данные свидетельствуют, что стандартная терапия у больных ИБС и СД не оказывает влияние на уровень артериального давления и частоту сердечных сокращений. Вероятно, это связано с длительным и эффективным применением антиангинальных препаратов как в первой группе, так и в контрольной группе больных.

Нами проанализированы показатели углеводного обмена у больных ИБС и СД. Отмечается достоверное снижение уровня глюкозы крови натощак с 7,5±0,3 ммоль/л до 6,9±0,3 ммоль/л (p<0,05) и гликозилированного гемоглобина с 7,5±0,5% до 6,6±0,4%, (p<0,05) у больных 1 группы на фоне приема гипогликемических препаратов.

Полученные данные говорят об эффективном влиянии комбинированной терапии на углеводный обмен, что по-видимому связано с замедлением снижения скорости бета-окисления свободных жирных кислот при комплексном назначении антиангинальных, гипогликемических препаратов и милдроната.

Известно, что милдронат, ограничивая транспорт свободных жирных кислот к месту их окисления в митохондриях, снижает энергетические затраты клеток, по-

ребление кислорода, повышает окисление глюкозы, тем самым уменьшая патогенетические основы окислительного стресса (23). Такое воздействие особенно привлекательно в клинической практике при сочетанной патологии для больных ИБС и СД.

Во 2 группе также отмечается снижение указанных показателей (снизилась гликемия натощак с $7,5 \pm 0,4$ ммоль/л до $6,8 \pm 0,3$ ммоль/л, $p > 0,05$ и уровень гликозилированного гемоглобина с $7,9 \pm 0,5\%$ до $7,1 \pm 0,5\%$, $p > 0,05$). Обращает на себя внимание то, что стандартная терапия у больных ИБС и СД не показала столь быстрой динамики снижения уровня глюкозы натощак при стандартном лечении.

Оценка параметров пробы с реактивной гиперемией показала, что отмечается достоверное увеличение процента прироста диаметра плечевой артерии в первой группе, получавших милдронат, в то же время как во второй группе достоверного увеличения этого показателя не наблюдалось.

Далее нами были проанализированы основные клинические показатели больных ИБС и СД на фоне 3-х месячного наблюдения. Частота приступов стенокардии у больных 1 группы до лечения составила в среднем $14,9 \pm 1,8$ раз в месяц и $13,1 \pm 2,6$ в месяц во 2-ой группе, после комбинированного лечения с милдронатом отмечается снижение частоты ангинозных приступов на 34,9% в месяц ($p < 0,05$) в первой группе и во второй группе на 29,8% ($p < 0,05$) в месяц. Анализ теста с шестиминутной ходьбой выявил следующее: до лечения составил $332,1 \pm 13,3$ метров, после комбинированного лечения с милдронатом этот показатель достоверно удлинился до $381,0 \pm 11,8$ метров ($p < 0,05$) в первой группе и во второй - с $341,3 \pm 12,1$ до $364,7 \pm 13,7$ метров ($p < 0,05$). Как видно из представленных данных, комбинированная терапия с милдронатом у больных ИБС и СД улучшает клиническую картину со снижением частоты приступов стенокардии, удлинением теста 6 минутной ходьбы, что обусловлено его способностью оптимизировать внутриклеточный энергетический обмен, независимо от локализаций клетки и их метаболических нарушений. Известно, что милдронат приводит к уменьшению концентрации карнитина и усиливает синтез γ -бутиробетинаина, который в свою очередь, индуцирует образование оксида азота, что улучшает эндотелиальную функцию сосудистой стенки (23).

Выводы

Таким образом, комбинированная терапия с милдронатом у больных ИБС и СД оказывает положительное влияние на метаболизм клеток сердечно-сосудистой системы, улучшая эндотелиальную функцию сосудистой стенки и увеличивает плейотропное влияние на углеводный обмен, что приводит к положительной клинической динамике при сложной сочетанной патологии.

Список литературы

1. Агеев Ф.Т. Роль эндотелиальной дисфункции в развитии и прогрессировании сердечно-сосудистых заболеваний. *Сердеч. недостаточность*. 2003; 4: 22).
2. Бабак О.Я. Артериальная гипертензия и ишемическая болезнь сердца эндотелиальная дисфункция: современное состояние вопроса / О.Я. Бабак, Ю.Н. Шапошникова, В.Д. Немцова // *Укр. терапевт, журн.* - 2004. 1. - С. 14-21.
3. Бабак О.Я. Окислительный стресс, воспаление и эндотелиальная дисфункция - ключевые звенья сердечно-сосудистой патологии при прогрессирующих заболеваниях почек / О.Я. Бабак, И.И. Толчий // *Укр. терапевт, журн.* - 2004. - № 4. - С. 10-17.]
4. Бувальцев В.И. Дисфункция эндотелия как интегральный фактор риска атеросклероза и возможности ее коррекции / В.И. Бувальцев, Т.В. Камышева, М.В. Спасская // *Клинич. фармакология и терапия.* - 2002. - № 11 (5). - С. 30-32.
5. Маянская С.Д., Куимов А.Д. Эндотелиальная дисфункция и острый коронарный синдром // *Рос. кардиол. журн.* - 2001. - № 2(28). - С. 76-84.
6. Сторожаков Г.И., Верещагина Г.С., Малышева Н.В. Эндотелиальная дисфункция при артериальной гипертензии у пациентов пожилого возраста // *Клиническая геронтология.* - 2003. - Т. 9, № 1. - С. 23-28.
7. Jude E.V. Peripheral arterial disease in diabetic and nondiabetic patients / E.V. Jude, S.O. Oyibo, N. Chalmers // *Diabetes Care.* - 2001. - Vol. 24. - P. 1433-1437.
8. Storey A.M. Endothelial dysfunction in type 2 diabetes / A.M. Storey, C.J. Perry, J.R.
9. Карпов П.С., Кошельская О.А., Врублевский А.В. и др. Клиническая эффективность и безопасность милдроната при лечении хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца // *Кардиология.* - 2000. - №6. - С. 69-74.
10. Stocker R., Kearney J.F. Role of oxidative modifications in atherosclerosis // *Physiologic Review.* - 2004. - Vol. 84. - P. 1381-1478.
11. Haynes V., Elfering S.L., Squires R.J. et al. Mitochondrial Nitric-oxide synthase: role in pathophysiology // *IUBMB Life.* - 2003. - Vol. 55. - P. 599-603.
12. Сидоренко, Б.А. Небиволол - суперселективный бета-адреноблокатор и индуктор синтеза NO в эндотелии сосудов / Б.А. Сидоренко, Д.В. Пре-ображенский // *Кардиология.* - 2001. - Т. 2, №7. - С. 96-103].
13. Шестакова М.В. Дисфункция эндотелия - причина или следствие метаболического синдрома? / М.В. Шестакова // *ПМЖ.* - 2001. - № 9. - С. 2226.
14. Лизогоуб В.Г., Кузько Н.В. Ишемическая болезнь сердца.-К.: Здоров'я, 2007.- С. 7-14).
15. Choy JC, Granville DJ, Hunt DW, McManus BM. Endothelial cell apoptosis: biochemical characteristics and potential implications for atherosclerosis. *J Mol Cell Cardiol* 2001; 33: 1673-90.
16. Durand E, Scoazec A, Lafont A et al. In vivo induction of endothelial apoptosis leads to vessel thrombosis and endothelial denudation. *Circulation* 2004; 109: 2503-6.
17. Применение милдроната в комплексной терапии цереброваскулярных заболеваний АВ.Т. Назаренко // III Междунар. симп. «Цереброкардиальная патология новое в диагностике и лечении», (26-29 апр. 2001, Судак, Украина). Судак. - Материалы. - 2001. - С.28.
18. Macor, J.E. Advances in the understanding and treatment of congestive heart failure / J.E. Macor, M.C. Kowala // *Annual Reports in Medicinal Chemistry.* 2000. - Vol.35. - P.63-72.
19. Martorana, P. Coronary endothelial dysfunction after ischemia and reperfusion in the dog: A functional and morphological investigation / P. Martorana, B. Goebel, H. Ruetten // *Basic Res. Cardiol.* 1998. - Vol.93. - № 4. - P.257-263.
20. Sjakste N., Kleschyov A.L., Boucher J.L. et al. Endothelium- and nitric oxide-dependent vasorelaxing activities of gamma-butyrobetaine esters: possible link to the antiischemic activities of mildronate // *Eur. J. Pharmacol.* - 2004. - Vol. 495. - P. 67-73.
21. Воронков Л.Г., Шкурат И.А., Луцак Е.А. Влияние милдроната на эндотелийзависимую вазодилатацию у больных ХСН. Рациональная фармакотерапия в кардиологии.- 2008.- №2.-с.38-41.
22. Levy, S. Combination therapy of trimetazidine with diltiazem in patients with coronary artery disease / S. Levy // *Am. J. Cardiol.* 1994.- Vol.76. -P.12-16.
23. Калвинш И.Я. Милдронат - механизм действия и перспективы его применения. Рига, ПАО«Грундекс», 2002, с. 4-38.
24. Gelenmajer D.S., Sorensen KE, Gooch VM et al. Non-invasive detection of endothelial dysfunction in children and adults at risk of atherosclerosis. *Lancet* 1992. 340 (8828). - P. 1111-1115.
25. Дедов И.И. Диабет как фактор риска мердечно-сосудистых заболеваний// *Сердечная недостаточность* .-2003.-№1.- с.12-15

Совершенствование мастерства онкологического обучения в повышении профессиональных знаний врачей

Косаев А.К., Абисатов Х.А.

Курс онкологии НУО Казахстанско-Российского медицинского университета, г. Алматы

Аннотация. Современная онкология дает неоспоримо больше возможностей по сравнению с 1980-1990-ми годами, позволяя повысить количество выявления начальных стадий онкологических заболеваний за счет появления современной рентгено-радиологической, эндоскопической и ультразвуковой аппаратуры. Более того, новые морфологические и биохимические методы дают возможность выявлять предшествующие злокачественному росту изменения в органах. К сожалению, до настоящего времени большинство (53,8 %) заболевших пациентов поступают на специальное лечение в поздней стадии, которые представляют собой значительные трудности и большие материальные затраты при лечении. Эти трудности в диагностике и лечении онкологических больных требуют совершенствования мастерства онкологического обучения в повышении профессиональных знаний врачей онкологической и общемедицинской службы в выработке четких критериев диагностики, оптимальных схем лечения и профилактики.

Цель работы - улучшение теоретической и практической подготовки врачей общей лечебной сети (терапевтов, хирургов, гинекологов и оториноларингологов) в вопросах ранней диагностики и современных возможностей лечения злокачественных опухолей. Доказать необходимость направления онкологических больных для уточняющей диагностики и лечения в специализированные учреждения, где проводится многовариантная комплексная терапия с учетом конкретных клинических ситуаций.

Главной особенностью стратегии развития здравоохранения в последний период истории нашей страны является активизация разработки и реализация новых программ, направленных на коренное реформирование ее структуры, повышение функциональной эффективности и рационализацию бюджетных затрат. Однако, к сожалению, ожидаемого прогресса качества работы медицинской службы пока не наблюдается. Видимо, нужен конструктивный подход к их реализации.

Задействованные программы в здравоохранении и немалые инвестиции нацелены, прежде всего, на повышение конкурентоспособности и материально-технического уровня службы, на достижение результатов сравнимых с таковыми в наиболее развитых странах. Но, как показывает сегодняшняя действительность, такая стратегия не срабатывается, столь быстро, как хотелось бы. На самом деле большая часть наших трудных проблем заключена во внутренних сдерживающих факторах, главным из которых являются недостатки в профессиональной подготовке медицинских кадров, отвечающей современным требованиям. В этом контексте гораздо целесообразнее говорить об активации внутреннего потенциала системы здравоохранения.

Онкологиялық оқытудың ұсталығының жетілдірілуі - дәрігерлердің кәсіби білімінің көтермелеуінде Қосаев Ә.Қ., Әбисатов Қ.Ә.

МЕББМ Қазақстан-Ресей медициналық университетінің онкология курсы, Алматы қ.

Заманауи рентгено-радиологиялық, эндоскопиялық және ультрадыбыстық аппараттардың пайда болуының арқасында, онкологиялық ауруға шалдығудың алғашқы кезеңдерін айқындау санын жоғарылатуға мүмкіндік беретін қазіргі таңдағы онкология, 1980-1990-шы жылдармен салыстырғанда талассыз көп мүмкіншілік береді. Бұдан аса, жаңа морфологиялық және биохимиялық әдістер органдардағы қатерлі ісірудің алдында жүретін өзгерістерді айқындауға мүмкіндік береді. Өкінішке орай, осы кезге дейін ауруға шалдыққан науқастардың көпшілігі (53,8%) арнайы ем қабылдауға, емделу кезінде зор материалдық шығынға және айтарлықтай қиыншылыққа әкеліп соқтыратын аурудың күрделі сатысында түседі. Онкологиялық науқастарды емдеудегі және диагностикасындағы бұл қиыншылықтар, диагностиканың нақты критерилерін, емдеу және алдын алу шараларының үйлесімді сұлбаларын қалыптастырудағы онкологиялық және жалпы медициналық қызметтегі дәрігерлердің кәсіби білімін шыңдауда онкологиялық оқытудың ұсталығының жетілдірілуін талап етеді.

Perfecting the art of oncologic education in raising the doctor's professional knowledge.

A.K.Kosayev, H.A.Abisatov

Oncology department NUO Kazakh-Russian medical university, Almaty

Modern oncology indisputably gives more opportunities than in 1980-1990's, enabling to increase the rate of detecting primary stages of oncologic diseases due to arrival of modern x-ray-radiology, endoscopic and ultrasound equipment. Moreover, new morphologic and biochemical methods give opportunities to detect preceding malign increases changes in organs. Unfortunately, until present days majority (53,8%) of ill patients undergo the special treatment at late stages, which causes them a lot of difficulties as well as big financial expenses for treatment. These difficulties in diagnostics and treatment of oncology patients calls for perfecting the art of oncology education in raising the doctor's professional knowledge of oncology and general medical service in formulating clear criteria for diagnostics, optimal schemes of treatment and preventative care.

ранения. Это будет возможным при условии полноценного развития человеческого капитала. Только человеческие ресурсы, профессиональные кадры, образованные интеллектуальные специалисты, дисциплинированные и ответственные менеджеры смогут ее привести в нормальное состояние. Именно самодостаточность каждого медицинского работника позволит нам обеспечить здоровье граждан сегодня и будущего поколения. Такая целостная система здравоохранения станет не только устойчивой и жизнеспособной, но и постоянно развивающейся. По нашему мнению, в этом и есть суть достижения настоящей конкурентоспособности.

Традиционные методы обучения остаются важнейшими и уникальными, но реформа высшего, среднего медицинского образования предполагает совершенствование всех составляющих педагогической системы: постановки цели обучения, отбора содержания, улучшения условий преподавания, совершенствование технических методов обучения. Эти задачи реализуются через введение новых учебных планов и программ. Однако, главной целью реформы образования, должно стать совершенствование педагогического мастерства преподавателей, которое, к сожалению, формально расписать на бумаге невозможно.

Преподаватели вузов, циклов повышения квалификации, колледжей должны владеть квинтэссенцией педагогического мастерства, когда знания, умения и навыки преподавателя применяются через адекватно подобранную и успешно реализуемую методику обучения для усвоения той или иной темы.

Так, на теоретических кафедрах у слушателей цикла обучения преподаватель должен формировать основные - познавательные умения, понятия, лежащие в основе развития клинического мышления. Это, нахождение главного, обобщение группы признаков, анализ и интерпретация, синтез и систематизация, формулировка выводов и др. В клинической практике объектом профилактического и терапевтического воздействия должно быть не только «опухолевое поле», но и весь организм в целом. При неадекватности лечения значительно увеличивается возможность рецидивов опухоли в пределах «активных» остатков этого поля, а также развитием метастазов в ходе опухолевой прогрессии.

В успехах онкологии немалую роль сыграли достижения биологии и медицинской техники, создавшую теоретическую и техническую базу для современной диагностики и лечения злокачественных опухолей. В настоящее время стадийность онкогенеза не вызывает никакого сомнения и всесторонне изучается в клинике и эксперименте. Усилия морфологов, физиологов, радиобиологов, биофизиков, биохимиков, вирусологов концентрируются на вопросах генетики, дифференцировки клеток, изменения их наследственных свойств, нарушения регуляции роста, законах формирования агрессивных злокачественных клонов и метастазирования. С другой стороны, появление современной рентгено-радиологической, эндоскопической и ультразвуковой аппаратуры позволило обнаруживать опухоли до появления симптомов заболевания, т.е. в доклиническом периоде их развития. Более того, новые морфологические и биохимические методы дают возможность выявлять предшествующие злокачественному росту изменения в органах. Это подтверждает представления о ранней онкологической патологии не только как о минимальных проявлениях заболевания, но и как о состояниях, предшествующих его возникновению.

Новые данные заставляют постоянно пересматривать некоторые общепринятые точки зрения на тонкие механизмы онкогенеза, однако роль основных этапов остается неизменной. Остается неизменным остается старый принцип о необходимости ранней диагностики и

своевременного лечения.

Следует признать, что открывающиеся возможности выявления ранних этапов малигнизации используются практически врачами далеко не в полной мере. Возможно, это связано с упущением на всех уровнях обучающего процесса акцента преподавателей на закономерности клеточных изменений при нарастании пролиферативных процессов в эпителии, возникновение рака, его прогрессировании и раннюю диагностику опухолевых заболеваний вообще. Так как, в настоящее время в онкологии создается заметный разрыв между успехами теоретической онкологической биологии и повседневной клинической работой. Знания, т.е. система научных понятий онкологической биологией, являются наиболее общей и краткой формой выражения мысли, сутью которого является работа сознания человека по выявлению смысла использования в реальной практической деятельности. Оценка и ассимиляция новых идеи в диагностике и лечении опухолей имеют решающее направление в совершенствовании общемедицинской и онкологической служб.

Таким образом, проблема ранней онкологической патологии само собой появилась на повестке дня. Что считать ранним раком? Как лечить карциному *in situ*? Оправдано ли уменьшение объема вмешательства при раке I стадии (T1NOMO)? Как организовать выявление доклинического рака при массовых обследованиях? Эти мысли должны быть логично связаны между собой и строго упорядочены с необходимостью понимания особенностей начального роста и проявления злокачественных опухолей.

Ранняя онкологическая патология – термин собирательный. Развитие опухоли от нормального состояния клетки, ткани, органа и организма до генерализованного онкологического заболевания – единый диалектический процесс. Основной акцент в учебном процессе должен быть поставлен на усвоении единого понятия логической связи от начальных этапов онкогенеза до генерализованного процесса опухоли. **Рак - это многоэтапное заболевание**, при котором процесс превращения нормальной клетки организма сначала в злокачественную, а затем в раковую составляют суть онкогенеза (канцерогенеза). Канцерогенез начинается с одной из многих одновременно систематически перерождающихся нормальных клеток организма (мутационное изменение генома). Затем начинается их безудержный рост и развитие из одной клетки раковой опухоли – клонирование. В каждом нормальном геноме уже имеется готовый механизм для перехода клетки в трансформированное состояние, и активация этого механизма зависит от попадания в «цель» канцерогенных агентов. Эти мысли должны быть логично связаны между собой и строго упорядочены, иначе их нельзя использовать в реальной практической деятельности. Установить логическую связь означает задать самому себе вопросы и ответить на них. Чем может быть вызван рак? Каковы симптомы проявления рака? На основании чего врач ставит диагноз? Каковы применяемые типы лечения? Выделение ключевых понятий должны быть сформированы как учебный навык, для того чтобы слушатели могли свободно применять уже на этапе уяснения материала на лекции или в процессе чтения литературы. Основной акцент в учебном процессе должен быть поставлен на усвоение практических навыков свыше изложенной методикой логической связи.

Такой подход ранней диагностики любой опухоли и есть интеграция медицинских знаний и практической деятельности, которая сохраняется в долговременной памяти врача. С этой целью чаще следует планировать занятия с разбором больных, где были допущены конкретные ошибки в ранней диагностике, лечении и в организации, это касается всех медицинских специалистов. Этого надо добиваться, если хотим качественной реализации учебных

и международных программ нашей страны. Наверно перестроить мышление преподавателей медицинских вузов, сотрудников НИИ, колледжей в интеграции науки, профессионального образования, рационального использования современной медицинской техники и учреждений практического здравоохранения в виде научно-образовательных-практических кластеров более рационально и менее затратной, чем пытаться изменить менталитет мышления большой армии врачей. В свою очередь медицинский работник, получив такое направление от преподавателей, должны сами отрабатывать эту методику клинического мышления в повседневной практике – как инструмент будущей профессиональной деятельности.

Современному врачу всегда важно помнить, только постоянно повышая профессиональный уровень и обогащая мировым опытом, можно улучшать качество своей клинической врачебной практики. При этом, вместо исторически сложившегося призыва образование раз и навсегда, должен быть предложен новый подход образование через всю жизнь.

В настоящее время в мировом здравоохранении происходят значительные изменения: интенсивно внедряются новые высокотехнологичные методы диагностики и лече-

ния, активно осуществляется переход на стационар замещающие технологии, происходит интеграция специальностей. От того, сумеем ли мы вписаться в этот общемировой процесс, зависит дальнейшее развитие медицинского и фармацевтического образования Республики Казахстан.

Литература

1. Денисов а.П., Денисова а.А., Мосягина н.Г. *Использование информационно-коммуникационных технологий в процессе непрерывной профессиональной подготовки квалифицированного специалиста // фундаментальные исследования.* – 2005. – № 9 – Стр. 59-60
2. Давлеканов в.А. *Болонский процесс: германистика и методические новации в медицинском образовании // фундаментальные исследования.* – 2005. – № 9 – Стр. 54-55
3. *Выступление министра образования и науки республики казахстан ж.К. Туймебаева на тему: «цели высшего образования республики казахстана на пути к болонскому процессу» 5 февраля 2009 г., Алматы казну им. Аль-фараби/*
4. *Работы научно-практической конференции с международным участием на тему: «опыт реализации модели медицинского образования казну имени с.Д.Асфендиярова», проходившей 25-26 мая 2012 г. В г.Алматы.*

Опыт проведения слухоулучшающих операций при хроническом гнойном среднем отите и отосклерозе

д.м.н, профессор, В.П.Ситников, к.м.н, доцент, Эль Рефай Хусам

Введение

В течение последних десятилетий в странах СНГ отмечается рост числа пациентов, страдающих снижением слуха различной степени тяжести. Заболеваемость органа слуха составляет 500-600 случаев на 100 000 населения. Это обусловлено изменением экологической ситуации, персистенцией микрофлоры резистентной к антибиотикам, ростом числа аллергических заболеваний, рядом профессиональных вредностей. Наиболее часто причинами гипоакузии являются ведущие нозологические формы патологии слуха – хронический гнойный средний отит (ХГСО) и отосклероз. Основным методом лечения тугоухости при вышеперечисленных заболеваниях является хирургический метод.

В ряде регионов СНГ функционально-реконструктивные микрооперации на ухе не производятся в связи с отсутствием необходимого оптического операционного оборудования, специального микроинструментария и подготовленных высококвалифицированных отохирургов.

Это обстоятельство вызывает необходимость выезда пациентов для проведения подобных операций за пределы республики, либо приглашать медицинских «туристов» из-за рубежа, что влечет дополнительные финансовые расходы с нарушением преемственности лечения. В связи с вышеизложенным оптимальным выходом из положения является подготовка специалистов отохирургов и широкое внедрение в республике импортозамещающих инновационных технологий хирургического лечения.

Целью работы является анализ результатов слухоулучшающих операций, проведенных пациентам, страдающим ХГСО и отосклерозом в специализированных оториноларингологических отделениях СНГ.

Материал и методы

На базах специализированных оториноларингологических клиник СНГ (г. Санкт-Петербург, Гомель, Витебск, Алматы) прооперировано 238 пациентов, в возрасте от 20 до 70 лет из них 60, перенесших мирингопластику, 128 - оссикулотимпанопластику, 50 - стапедопластику. Длительность заболевания у пациентов составляла от 2 до 30 лет.

Всем больным перед операцией кроме клинических анализов проводились ото- и микроотоскопия, рентгенография височных костей (при необходимости, компьютерная томография), определение проходимости слуховых труб, акуметрия, тональная пороговая аудиометрия, микробиологическое исследование ушного отделяемого, гистологическое исследование патологического биоматериала, изъятых из полостей среднего уха во время операции. По данным тональной пороговой аудиометрии выявлена кондуктивная форма тугоухости у 166 (70%) больных, у 72 (30%) — смешанная тугоухость; костно-воздушный интервал в зоне речевых частот у 175 (73,3%) больных составил от 30 до 40 дБ.

У пациентов с ХГСО на рентгенограммах височных костей по Шуллеру преобладал склерозно-пневматический тип строения сосцевидного отростка - 180 больных (75,7%), пневматический - у 58 (24,3%) пациентов.

При микробиологическом исследовании ушного отделяемого золотистый стафилококк выделен в 20% наблюдений, гемолитический стрептококк — 21%, протей — 16%, синегнойная палочка — 13%, эпидермальный стафилококк — 31%. Проходимость слуховой трубы определялась по методу Зберовской, результаты оказались следующими: I степень проходимости — 26%; II степень — 57%; III степень — 17%; IV степень — 4% пациентов.

Из методик хирургического вмешательства у пациентов, страдающих ХГСО использовались: консервативно-щадящая радикальная операция (КЩРО) (Проскураков С.А., 1950; Рутенбург Д.М.) с тимпанопластикой по Вульштейну, раздельная антроадитомия с оссикулотимпанопластикой (использовались аутохрящ ушной раковины, аутоноготь и остатки слуховых косточек), мирингопластика (применялся двухслойный трансплантат – ультратонкий аллохрящ с аутофасцией височной мышцы (Ситников В.П., 1992), у пациентов с отосклерозом применялась поршневая стапедопластика с тефлоновым протезом со специальным покрытием.

Оценка функционального эффекта хирургического лечения осуществлялась по величине закрытия костно-воздушного интервала (КВИ) в зоне речевых частот и по наличию реального уровня слуха пациента (Дискаленко, В.В., 2004). Морфологический результат операций по поводу ХГСО оценивался по степени приживления пластического лоскута. Сроки ближайшего и отдаленного наблюдения составили от 1 месяца до 4-х лет.

Результаты и обсуждение

В группе пациентов, страдающих ХГСО, необходим индивидуальный подход к методике операции и прежде всего, к сохранению задней стенки наружного слухового прохода.

Удаление задней стенки наружного слухового прохода производилась у 16 (12,5%) больных, лишь при нагноившейся и распространенной холестеатоме с тотальным поражением слуховых косточек.

Оссикулотимпанопластика произведена 128 пациентам ХГСО. Операция проводилась по закрытому типу. Промежуточные и медиальные дефекты слуховых косточек были устранены за счет использования протезов из аутоканей (аутохрящ ушной раковины, остатки накопальни, ногтевая пластина пациента (Sitnikov V.P., 2000). При наблюдении в отдаленные сроки, следует отметить закрытие костно – воздушного интервала на контрольных аудиограммах указанной группы пациентов на $25 \pm 3,6$ дБ и наличие хорошего слуха у 98, удовлетворительного – у 30 пациентов.

Из 60 пациентов с мезотимпанитом, которым была произведена мирингопластика, слух улучшился у 54-х (полное закрытие костно – воздушный интервал), остался

без изменений у 4-х, причем у 2-х пациентов из этой группы отмечен рецидив процесса.

В группе пациентов, страдающих отосклерозом поршневая стапедопластика тефлоновым протезом со специальным покрытием произведена 50 пациентам. Костно – воздушный интервал в этой группе больных был закрыт полностью. Уровень слуха у этих пациентов: отличный – 40, хороший – 10. У 8-х пациентов, которым была повторно произведена реоперация, удалены титановые протезы, обуславливающие асептический некроз длинной ножки наковальни у 5 пациентов и фистулу окна преддверия у 3-х. После закрытия фистулы перихондрием, были использованы аутохрящевые протезы треугольной формы установленные из козелка ушной раковины под задние квадранты барабанной перепонки. Костно – воздушный интервал у этих пациентов был также ликвидирован, с достижением хорошего уровня слуховой функции (ШР до 3-4 м).

Оценивая отдаленные результаты в группе пациентов, оперированных по поводу ХГСО, установлено, что стойкий функциональный результат, достигнут в 82,4%, в группе наблюдения пациентов отосклерозом – 91,8%, что соответствует показателям ведущих европейских клиник.

Таким образом, полученные результаты соответствуют данным литературы о зависимости функциональных результатов от специфики клинической формы заболевания органа слуха, а также исходных показателей аудиограммы, характеризующих состояние рецепторного аппарата улитки и величину костно - воздушного интервала.

Выводы

Наш опыт проведения слухоулучшающих операций на базе специализированных ЛОР стационаров СНГ указывает на высокие потребности населения и перспективность

развития хирургического лечения ХГСО и отосклероза и, соответственно, перспективного развития указанного направления в регионах.

Эффективность оссикулопластики при применении аутопротезов (аутохрящ, атокость, аутоноготь) и 2-х слойного трансплантата при мирингопластики составляет более 82%.

Предпочтение при стапедопластике следует отдавать тефлоновым протезам со специальным покрытием (эффективность около 92%), тогда как протезы из металла (титана) вызывают некроз длинной ножки наковальни и образования стойкой фиксации окна улитки.

Список литературы

1. Вульштейн, Х. Слухоулучшающие операции / Х. Вульштейн. – М., 1968. – 420с.
2. Дискаленко, В.В. Клинико-аудиометрическая оценка результатов лечения больных отосклерозом (по материалам клиники) / В.В. Дискаленко, Л.М. Курмашова // Вестн. оторинолар. – 2004. – №4. – С.71-74.
3. Проскураков С.А. Новое в эндауральной хирургии при лечении хронических отитов. Труды II Съезда оториноларингологов УССР. Киев 1950; 327-333.
4. Рутенбург Д.М. Консервативные и эндауральные методы радикальной операции. Сборник научных трудов, посвященный проф. Л.Т. Левину. Л 1939; 439-453.
5. Ситников, В.П. Физиологическая мирингопластика / В.П. Ситников, Т.И. Кин, Ю.К. Александровский // Вестн. оторинолар. – 1992. – №3 – С.31-33.
6. Jahnre K. Middle Ear Surgery / K. Jahnre. – Stuttgart – New York, 2004. – 164p.
7. Sitnikov V.P. Basic Principles of the Reconstruction of the Ossicular Chain. 4-th European Congress of Oto-Rhino-Laryngology Head and Neck Surgery. Berlin (Germany) 2000; 2: 881-886. 10.

Вариант консервативно-щадящей радикальной операции при хроническом гнойном среднем отите

д.м.н, профессор, В.П. Ситников, к.м.н, доцент, Эль Рефай Хусам, к.м.н, ассистент, Е.С. Ядченко

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) на сегодняшний день является актуальной проблемой оториноларингологии. Эта патология уха помимо прогрессирующей тугоухости, приводит к глубокой инвалидизации лиц молодого трудоспособного возраста, негодности призывников к службе в армии, увеличению числа случаев временной нетрудоспособности, что придает проблеме социально – экономическую значимость (Тарасов, Д.Н., 1988). Основным методом лечения данного заболевания – хирургический, который предусматривает элиминацию деструктивного очага в среднем ухе, и по возможности сохранение или улучшение слуха.

Однако в большинстве регионов СНГ до настоящего времени проводится радикальная операция уха (Р.О.) через транскортикальный подход с образованием большой трепанационной полости. Уровень слуха практически у всех пациентов, перенесших Р.О., значительно снижается.

Кроме того, у многих пациентов отмечается отсутствие эпидермизации трепанационной полости, оторрея и ряд других стойких клинических симптомов (головокружение, шум в ухе, нарушение вкуса и прочее). Нередко подобное оперированное ухо (до 30-40%) при наблюдении поражается грибковой инфекцией.

Подобное состояние обусловлено классической Р.О. является новой ятрогенной патологией уха, которое было обозначено нами как «Болезнь оперированного уха». Пациенты, с указанным состоянием являются частыми посетителями поликлиник и пациентами стационаров. Качество жизни подобных пациентов значительно снижено.

Цель исследования

- разработать вариант консервативно – щадящей радикальной операции (КЦРО), с формированием малой трепанационной полости и сохранением исходного уровня слуха.

Материалы и методы

Было проведено хирургическое лечение 26 пациентов с различными клиническими формами ХГСО в возрасте от 19 до 57 лет (средний возраст представлен в виде медианы и квартилей – Ме (Q1; Q3)). Критериями отбора пациентов служили: возраст ≥ 18 лет, наличие хронического гнояного среднего отита. Критериями исключения: наличие тяжелой сопутствующей патологии, исключающей возможность различного вида хирургических вмешательств, узкий НСП, выявленное на рентгенограмме прилегание сигмовидного синуса к задней стенке НСП (в связи с опасностью травмы синуса).

По результатам обследования данных пациентов длительность заболевания ХГСО составила от 2 до 30 лет. Эпитимпанит был диагностирован у 16 пациентов, эпимезотимпанит у – 5 (из них у 15 имелась холестеатома), часто рецидивирующий мезотимпанит у 5 пациентов.

Двусторонний процесс диагностирован в 12 случаях.

При камертональном исследовании в 73% случаев выявлена тугоухость кондуктивного характера, в 23% – смешанного, в 4% – сенсоневрального. По данным тональной пороговой аудиометрии тугоухость I степени отмечена у 14 пациентов, II степени – у 8, III степени – у 4 пациентов. У 19 (75%) обследуемых костно – воздушный интервал в зоне речевых частот составил от 30 до 40 дБ. Проходимость слуховой трубы определялась по методу Зберовской, результаты оказались следующими: I степень проходимости – 26%; II степень – 57%; III степень – 17%; IV степень – 4%.

При микробиологическом исследовании ушного отделяемого в 70% случаев выделены различные возбудители. Установлено, что при ХГСО преобладает бактериальная и смешанная грибково – бактериальная биота (49%). Наиболее часто высевали стафилококк (40 – 42%), преимущественно обладающий патогенными свойствами, реже – синегнойную (19 – 21%) и кишечную (11 – 13%) палочки, протей (3%). Микотическая природа заболевания подтверждена у 20% пациентов. При ХГСО грибковой и грибково-бактериальной природы этиологически значимыми возбудителями являлись мицелиальные грибы *Aspergillus spp.* (*fumigatus, niger*) – 40%, *Penicillium spp.* – 9%, дрожжевые грибы *S. albicans* обнаружены в 43% случаев. Ассоциация *Aspergillus niger* и *S. albicans* выявлена в 2% случаев. В сочетании с микромицетами наиболее часто из полостей среднего уха выделяли грам-отрицательные бактерии *Pseudomonas aeruginosae*, *Escherichia coli*, *Proteus* – 52% случаев, грам-положительные – *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* – 38% случаев.

При рентгенографии височных костей по Шуллеру и Майеру выявлены признаки деструкции сосцевидного отростка в 14 (53,8%) случаях ХГСО.

В зависимости от примененной хирургической методики пациенты были разделены на две группы. Пациентам основной группы (14 человек) проводилась субкортикальная КЦРО на среднем ухе с антродренажем по предложенной нами методике. Пациентам контрольной группы (12 человек) была проведена классическая транскортикальная КЦРО.

Техника субкортикальной КЦРО

При положении пациента лежа на операционном столе, на спине большим ухом кверху под местной инфильтрационной анестезией 2% раствором лидокаина с добавлением 0,1% раствора адреналина в соотношении 10:1 заушным доступом производят разрез кожи НСП по задней его стенке с выходом кпереди от ножки завитка длиной 2 см (разрез по Геерману). После отслойки мягких тканей обнажают шип Генле и задне – верхние отделы костного отдела наружного слухового прохода (НСП). В точке Вульфа, шаровидной фрезой производят сверление кости под углом

45° во фронтальной плоскости черепа до проникновения в антрум. Это наиболее краткий путь до последнего, глубина которого составляет 6 – 8 мм. Далее выполняется КЩРО на среднем ухе, под контролем операционного микроскопа удаляется задняя стенка НСП с образованием небольшой трепанационной полости. После удаления патологической ткани, пораженной гнойно – деструктивным процессом (кариозная кость, остатки слуховых косточек, холестеатома, грануляцией и неоднократное промывание полости теплым физиологическим раствором). Транскортикально просверливаются два отверстия (нижнее на уровне дна антрума, и верхнее – на 1 см выше) с установкой в антрум двух пластиковых дренажных трубочек, которые выводятся наружу через кожный разрез (рис. 1). На края кожного разреза и вокруг дренажных трубочек накладываются кожные швы для фиксации.

В послеоперационном периоде проводится ежедневное повторное промывание трепанационной полости противомикробными растворами в зависимости от чувствительности выделенного возбудителя. Через верхнюю дренажную трубочку производится введение антисептического препарата, с оттоком жидкости через нижний дренаж. На 7-10 день дренажные трубочки извлекаются.

Результаты хирургического лечения оценивались суммарно в зависимости от длительности операции, наличия или отсутствия интра – и послеоперационных осложнений, степенью и скоростью эпидермизации трепанационной полости. Критериями повышения качества жизни служили: прекращение ушной оторреи и социально пригодный (Ш.Р. до 2 метров) уровень слуха. Контроль эпидермизации трепанационной полости проводился под операционным микроскопом с 10-12 дня послеоперационного периода до 1 и более месяцев.

Результаты и обсуждения

У пациентов обеих групп выявлено наличие блока адитуса в 5 случаях, в антруме обнаружен патологический секрет у 4 пациентов, кариозно – грануляционный процесс в полостях среднего уха установлен у 20 пациентов, у 2 пациентов отмечено обнажение твердой мозговой оболочки средней черепной ямки, у 3 – фистула лабиринта, у 3 пациентов патологических изменений не найдено. Длительность операции у пациентов основной группы составила в среднем 60 минут, контрольной – 90.

Осложнений при проведении данного оперативного вмешательства отмечено не было. У всех пациентов основной группы отмечалась полная эпидермизация небольших трепанационных полостей на 18 сутки в 89,0% случаев, в контрольной 49,3%. Через 1 год повторно обследовано 22 пациента: из них основной группы - 12 человек, контрольной - 10. Рецидива заболевания не отмечено у всех пациентов основной группы. В группе контроля: рецидив – оторрея и неполная эпидермизация полости установлена у 5 пациентов (5%).

Слуховая функция в основной группе сохранилась на исходном уровне или улучшилась у 11 пациентов. В контрольной группе исходный уровень слуха зафиксирован лишь у 2 пациентов, тогда как у 8 (80%) он ухудшился.

Таким образом, разработанный вариант КЩРО с субкортикальным подходом и формированием малой трепанационной полости позволяет добиться стойкого морфофункционального эффекта в отдаленные сроки у 90% и является технически менее сложным и менее продолжительным хирургическим вмешательством. В связи с

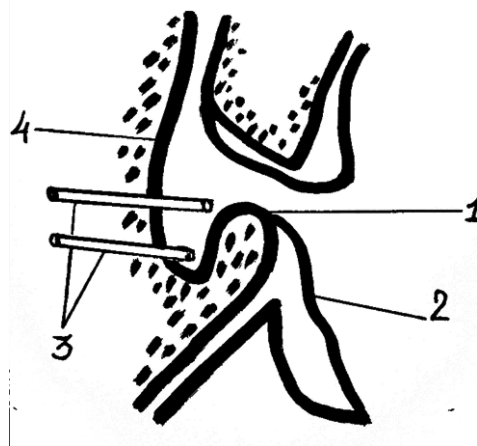


Рисунок 1 - Субкортикальная КЩРО с антродренажем (схематическое изображение)

1 – остатки «шпоры»; 2 – задняя стенка наружного слухового прохода; 3 – дренажные трубки в трепанационной полости; 4 – кортикальный слой сосцевидного отростка

этим, указанный вариант КЩРО, может быть рекомендован к широкому внедрению в практику.

Литература

1. Бартенева, А.А. Проблемы тимпанопластики / А.А. Бартенева, М.Я. Козлов // – Л.: Медицина, 1974. – 184 с.
2. Дискаленко, В.В. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения: пособие / В.В. Дискаленко, К.А. Никитин // – СПб, 2002. – 15с.
3. Коломийченко, А.И. Грибковые заболевания послеоперационных полостей уха, их клиника и лечение / А.И. Коломийченко [и др.] // Журнал ушных, носовых, горловых болезней. – 1968. – №1. – С.43 – 48.
4. Лев, Н.А. Грибковые заболевания послеоперационной полости среднего уха: обзор литературы / Н.А. Лев // Журнал ушных, носовых, горловых болезней. – 1968. – №6. – С.109 – 112.
5. Мануйлов, Е.Н. Техника щадящей радикальной операции среднего уха с заушным разрезом / Е.Н. Мануйлов // Вестник оториноларингологии. – 1955. – №1. – С. 32 – 38.
6. Мишенькин, Н.В. Вопросы клиники, диагностики и лечения хронических отитов / Н.В. Мишенькин // Омск, ОГМИ, 1979. – 88с.
7. Патайкина, О.К. Блокада адитуса и тимпанального перешейка при хронических средних отитах / О.К. Патайкина // Журнал ушных, носовых, горловых болезней. – 1982. – №5. – С.5 – 7.
8. Родин, В.И. Комплексная терапия с целью улучшения репаративных процессов в послеоперационных полостях среднего уха / В.И. Родин [и др.] // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – №3. – С. 13 – 17.
9. Ситников, В.П. К вопросу о «болезни оперированного уха» / В.П. Ситников [и др.] // Тез. VIII съезда оториноларингологов Украины. Тез. докл. – Киев, 1995. – С. 293.
10. Тарасов, Д.Н. Заболевания среднего уха / Д.Н. Тарасов, О.К. Федорова // М., 1988. – 288с.
11. Ульянов, Д.П. Модификация «антродренажа» при лечении хронических гнойных средних отитов / Д.П. Ульянов // Вестник оториноларингологии. – 1972. – №4. – С. 13 – 15.
12. Устьянов, Ю.А. Методика эндоурального дренажа антрума / Ю.А. Устьянов // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №6. – С. 56-59.
13. Шадыев, Х.Д. Возможности щелевой антро – аттикотомии / Х.Д. Шадыев, Ю.П. Ульянов // Материалы V Всероссийской научно – практической конференции оториноларингологов // Вестник оториноларингологии. – 2006. – №5 (приложение). – С. 131.
14. Holt, J.J. Transcanal antrotomy / J.J. Holt // Laryngoscope. – 2008. – №118. – P. 2036-2039.

Хирургическое лечение больных с клинически неблагоприятными формами хронического гнойного среднего отита

к.м.н, доцент, Эль - Рефай Хусам, д.м.н, профессор, В.П.Ситников

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний ЛОР-органов (Савельева Е.Е., 2006). Распространенность этого заболевания по данным разных авторов составляет 8,4 - 40,0 на 1000 населения (Баба А., 1995; Кузнецов СВ., 1989; Asian A., 1998). В структуре оториноларингологической заболеваемости ХГСО занимает второе-третье место, составляя 15,7-22,4 % (Иванец И.В., 1992; Рахматуллин Р.Р., 2005; Торопова Л.А., 1995; Abramson M., 1977).

Локализация центральной перфорации в натянутой части барабанной перепонки («мезотимпанит» по И.И. Потапову), ранее всегда позволяла диагностировать и прогнозировать «доброкачественное» течение воспалительного процесса. Сегодня это положение следует пересмотреть, поскольку частые обострения ХГСО вызывают изменение слизистой оболочки медиальной стенки барабанной полости (мукозит) и активизируют миграцию эпидермиса с края перфорации барабанной перепонки, которое может протекать длительное время бессимптомно. Как правило, ее образование обусловлено длительной дисфункцией слуховой трубы. При этом, чем меньше дефект барабанной перепонки и чаще обострения ХГСО, тем распространеннее воспалительный процесс в среднем ухе.

Большая социальная значимость ХГСО обусловлена развитием тугоухости, затрудняющей общение, обучение и трудовую деятельность. Частые обострения заболевания ведут к временной, а иногда и стойкой потере трудоспособности. Принимая нередко неблагоприятное течение, процесс может распространиться на внутреннее ухо и в полость черепа (Зеликович Е.И., 2003; Abramson M., 1977; Brook I., 1981).

Цель исследования

Улучшить морфологические и функциональные результаты операции у больных, страдающих неблагоприятными клиническими формами хронического гнойного мезотимпанита, на основании разработки новых технических приемов и тактических подходов к хирургическому лечению.

Материалы и методы исследования

Обследовано и прооперировано 167 пациентов с хроническим гнойным мезотимпанитом. Из них - мужчин - 72, женщин - 95. По возрасту пациенты распределялись следующим образом: от 5 до 17 лет - 25, от 18 до 29 лет - 35, от 30 до 39 лет - 32, от 40 до 49 - 39, от 50 до 59 - 36.

При отборе пациентов на операцию определялась клиничко-морфологическая форма заболевания, локализация и размеры дефекта барабанной перепонки. У 72,6% обследованных пациентов отмечены большие дефекты барабанной перепонки, составляющие более 1/3 ее площади.

В зависимости от локализации и величины перфорации барабанной перепонки больные разделены на шесть групп

(И.И. Потапов, 1959):

1 - Тотальный мезотимпанит - 55 пациентов; 2 - Передний некраевой большой мезотимпанит - 19 пациентов; 3 - Задний некраевой большой мезотимпанит - 10 пациентов; 4 - Передний краевой большой мезотимпанит с выстоянием (экзостозом) передней стенки наружного слухового прохода - 33 пациента;

5 - Задне-передний некраевой мезотимпанит - 7 пациентов; 6 - Тотальный тимпанит, состояние после консервативно-щадящей радикальной операции - 43 пациентов.

При анализе тональных и речевых аудиограмм установлено, что у 73,5% пациентов выявлена тугоухость кондуктивного характера, 26,5% - смешанного. Тугоухость I степени отмечена у 53,7% пациентов, II степени - у 33,9%, III степени - 12,4% пациентов.

Результаты исследования

В результате наших клинических обследований было установлено, что существует ряд неблагоприятных форм хронического гнойного воспаления среднего уха, при которых результаты хирургического лечения не приводят к желаемому морфологическому и функциональному эффекту. К ним относятся (Ситников В.П., 1992; Эль-Рефай Хусам, 1995):

- обширные дефекты барабанной перепонки, занимающие свыше 1/3 ее площади (32,9% пациентов).

- локализация перфорации в передне-нижних квадрантах тимпанальной мембраны в сочетании с выстоянием или экзостозом передней костной стенки наружного слухового прохода (19,6% пациентов).

- частые рецидивы заболевания (более 2-х раз в год), причиной которых является мукозит, а также блок адитуса и тимпанального соустья, наличие которого ведет к нарушению эвакуации патологического содержимого и аэрации клеточной системы сосцевидного отростка (21,8% пациентов).

- тотальный и субтотальный дефекты барабанной перепонки у лиц, перенесших в прошлом радикальную операцию уха с большой трепанационной полостью (25,7% пациентов).

Анализ исходов мирингопластики обусловлены смещением пластического лоскута и рубцовой облитерацией барабанной полости, затуплением переднего меато-тимпанального угла, атрофией или некрозом лоскута, пластического с рецидивом перфорации и отореи.

У больных, страдающих хроническим гнойным часто рецидивирующим мезотимпанитом и его клиническими разновидностями - мукозитом и тубарно-тимпанальным отитом, тактика и объем хирургической санации уха обычно определяется интраоперационно выявляемым «блоком» адитуса. При его наличии на первом этапе производится антродренаж. Однако, в отличие от классической антротомии, антрум вскрывался субкортикально с последующим истончением костной задней стенки наружного слухового

Optimization and development of phytopharmacological drugs with big activity.

Survey article

K.D. Rakhimov, E.M. Temirgaliyeva, E.L. Lee, S.D. Ualiyev, K.E. Kazantayev, J.A. Davilova, N. Sadikkizi.

Kazakhstani-Russian Medical University

Faculty of general and clinical pharmacology with pharmacy course

UDK 615.322-582.736:615.03

Nowadays country's policy is concentrated on that in the sphere of natural and technical sciences it is necessary to apply efforts on development of new medicaments and drugs; along with this it's provided for creation and development of high-performance medicaments for oncological diseases treatment. Pharmaceutical market of Kazakhstan has more than 7000 names of medicines. However, only 10% of them are of domestic production.

The issue of providing Kazakhstani people with domestic medicines was marked by President N.A. Nazarbayev as the topical one.

Kazakhstani pharmaceutical industry had specific potential expressed in raising of annual production rate and expansion of produced assortments. Pharmaceutical industry of Kazakhstan was undertaken the task of producing more than 50% of all used drugs in the country to 2014 and along with other medicaments there is an issue of providing for antitumor drugs of domestic production.

At present Kazakhstan having production capacity, scientific and personnel potential for organizing the production of own medicines can produce and develop new high-performance herbal drugs.

This area choice consists of the comprehensive approach while making new effective medicaments including search and choice of perspective herbal objects, development of raw materials recycling technology and emission of bioactive substances with the further production of substances and medical herbal drugs on their base. As the result of such research on the base of sesquiterpene lactones it is one of the important and priority tasks in modern pharmacology.

Kazakhstani pharmaceutical industry had specific potential expressed in rising of annual production rate and expansion of produced assortments. With present conditions when our internal market depends on import by 94% the support of domestic producer has strategically important meaning.

The need in antitumor medicines raising the resistance of organism remains still high and is directed with the aim of raising oncological treatment effectiveness with the means of natural origin. Oncotherapy problem in spite of wide assortment of medicaments used for treatment is not completely solved. Earlier available initial results taken by this problem were very poor and discrepant.

It's evident that there is a need in reliable research of pharmacological medicaments of natural origin and the presence of wide spectrum of positive qualities which should favour the expansion of spheres of medical substances' clinical use.

Scientific research of number of countries confirmed that natural origin medicaments have antitumor influence. Scientists think that these drugs are perspective for usage in complex therapy of malignant tumor in combination with traditional

methods (A.S. Zholmurzayeva, 2010). However, in available literature there are no scientifically grounded data about the influence of licorice root medicines on tumors.

But it is necessary to point at specifics and actions of antitumor medicines on the organism. It's typical for more of them: delayed display of toxicity, affection of easy proliferating tissues, functional cumulation, apparent locally irritant action, suppression of immunogenesis, and influence on human nervous system. In clinics antitumor drugs, as a rule, are used in huge doses which cause these or those side reactions, and sometimes overdose. That's why preclinical toxicity study of new antitumor drugs has special features in statement and analysis of results received. The main aim of the study is to get data providing safety of I phase of clinical trial of a new medicine.

The attempts in making universal antitumor medicaments meeting the criteria of effectiveness/cost are still going, and there are specific reasons to suppose that the antitumor drugs on the base of $\Delta^{1,2}$ -3-keto-18-dehydroglycyrrhetic acid can totally meet it. This problem in spite of wide assortment of medicaments used for treatment is not completely solved.

Optimization and development of medicaments on the base of $\Delta^{1,2}$ -3-keto-18-dehydroglycyrrhetic acid can be modern because such information can be useful in solving problem of principle in defining phytopharmacological medicines of wide spectrum of activity as antitumor drugs.

The rising of selectivity of antitumor medicaments actions is one of the main problems in modern chemotherapy.

At the present time chemomedicines have more than 50 antitumor drugs. Defining in chemical structure and mechanism of actions these drugs have the general and very important defect – the absence of selectivity in relation to tumor cells. The action of antitumor medical substances is characterized with high system toxicity which causes the development of heavy side reactions, first of all, in relation to normal, intensively proliferating tissues: bone marrow, mucous coat of bowels, hair follicle, and gonad.

The reasons of failure while performing antitumor chemotherapy are not only in imperfection of medical substances, but there are also peculiarities in neoplastic tissue.

In last time while making new antitumor medicines much attention is given to synthesis on the base of natural bioactive connections and drugs which have several physiologically active groups in their molecule. Among them there are tenyposide and VP-16-213 (epipodophyllotoxins), vindesin (deacetylvinblastinamid sulphate) SL-1250 (derivative of antibiotic bredinin), THP-adriamicyne, AD-32 (semi synthetic analog of adriamicyne) (R, H, Blum, 1973; A.I. Begisheva and coauthors, 1998; S.Center, 1980).

Kazakh research institute of oncology and radiology with Institute of Chemical Sciences MES RoK named after A.B.

bekturov perform the guided search of antitumor medicines among semi synthetic derivatives of physiologically active connections produced from plant raw, particularly, from licorice root (roots and rootstock of licorice).

There are lots of scientific works dedicated to the study of chemical structure of licorice root (particularly, LYTHGOE B., Trippett s 1950; V.I. Litvinenko, 1994; I.A. Muravyev, V.S. Sokolov, 1995).

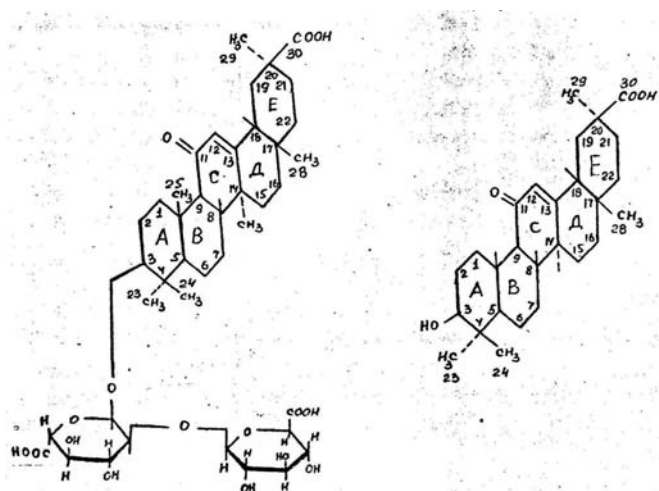
It's pointed a high content of threetherpene glycoside-glycyrrhizic acid (8-24%) in roots which gives glycyrrhetic acid (B-isomer) at hydrolysis and 2 molecules of glucuronic acid; flavonoids (3-4%), steroid (up to 2%) of asparagines (up to 4%), halcon glycoside and other connections. Threetherpenoids and flavonoids of licorice are fully studied (A.S. Ammosov and coauthors, 1994).

Among threepene connections the glycyrrhizic and glucuronic acids and their derivatives have harmonic, anti-inflammatory, antiallergic, spasmolytic and other features (Adams A.Y., 1983; Schylze A. et ol, 1984; Fortunate P., 1995; Finney R.S.H., Sonero G.H., 1958; I.A. Muravyev, V.D. Ponomarev, 1999; V.P. Mikhailova, 1990; A. Muravyev, V.S. Sokolov, 1995; G. A. Tolstikov, M.L. Goryaev, 1996).

Thereby, the sign of the times for Kazakhstan will be the appearance of a number of medicines of natural origin on pharmaceutical market, and due to that the search of phyto medicines with available prices and competitive in quality with foreign analogs is actual and priority task.

Literature:

1. Rakhimov K.D. Natural connections of Kazakhstan in Chemotherapy of medicinal-resistant tumors // In book: Russian national Congress "Human and medicine", M., 21-25 of April – 1998 – C 609.
2. Rakhimov K.D. Role of pharmacological research while making new herbal antitumor medicines. In book: search and creation of methods of phyto medicines. Almaty, Gylym, 1997 – C 280-289.
3. Omarova I.K. Pharmakinetics of new antitumor medicine "Arglabin". Autoref. thesis of Candidate of medicine. Karaganda, 1996, 26p.



glycyrrhizic acid

glycyrrhetic acid

4. M.P. Irismetov, B.Zh. Dzyembayev, T.A. Arystanova, G.T. Barayssova Chemistry and use of natural glycyrrhizic acid and its derivatives. Almaty, 2002, 287 p.
5. Manual on performing clinical trials of medicines / Edited by academician M.A. Aliyeva, Zh.A. Doskaliyeva, academician N.D. Beklemisheva, academician K.D. Rakhimov, Almaty, 2003, 264p.
6. M.I. Dauletbakova, K.D. Rakhimov, K.A. Abdullin, I.D. Beklemishev. Clinical trials of medicines. Study guide. Almaty, 1997, 27p.
7. David Frawley "Ayurveda therapy", M., "Sattva", 1998
8. K.D. Rakhimov, Zh.A. Satybaldiyeva, G.S. Sukhodoyeva, Guidebook on working with medicines, Almaty, 1999.
9. O.D. Barnaulov "Introducing phytotherapy". St. Petersburg, 1999, 158p.
10. S. Ya. Sokolov "Phytotherapy and phytopharmacology", Moscow, 2000.
11. T.A. Vinogradova, B.N. Gazhayev, V.M. Vinogradova "Practical phytotherapy", M., St. Petersburg, 2001.
12. R.Ph. Vice, F. Fintelman, Phytotherapy, Moscow, 2004 (study guide).
13. A.K. Dzhussipov, Zh.A. Sadyrova, V.Sh. Atarbayeva, A.A. Arynova, Sami El T. // In math. Republican conference "Probative medicine and efficient pharmakotherapy". Almaty, 2004, 40p.

Новые возможности в терапии вульгарных угрей

Акимова С.А., поликлиника №4, г. Алматы

Данные отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о том, что вульгарные угри - это часто встречающееся хроническое заболевание кожи, которое сопровождается выраженными эстетическими недостатками, а значит и психологическими проблемами. Известно, что основная масса больных с угревой болезнью (около 85%) – это молодые лица в пубертатном периоде. Однако, в последнее время отмечается тенденция к увеличению числа взрослых пациентов – это 12% женщин и 3% мужчин у которых заболевание принимает персистирующий торпидный к проводимой терапии характер. Актуальность поиска новых методов терапии угревой болезни обусловлена во-первых локализацией поражения на лице, социальной дезадаптацией пациентов. Угревая болезнь может значительно осложнить качество жизни пациента вплоть до депрессий и суицидальных попыток. Согласно современным представлениям, акне – это длительно протекающее полиморфное многофакторное заболевание кожи, сальных желез, волосяных фолликулов (1,2,3).

В настоящее время установлено решающее влияние 4 ключевых патогенетических факторов в развитии угревой болезни:

- гиперплазия сальных желез;
- фолликулярный гиперкератоз;
- активация микробной флоры;
- воспаление сально-волосяного фолликула.

Определяющее значение для выбора направления в терапии больных с угревой болезнью имеет определение степени тяжести течения заболевания согласно 3-х ступенчатой шкале, принятой Международным союзом по лечению угрей, Париж, 2002г.:

Легкая степень тяжести – комедональная и/или папулопустулезная (воспалительных элементов на лице не больше 15),

Средняя степень тяжести – папулопустулезная (воспалительных элементов на лице от 15 до 40), возможен единичный узловатый элемент,

Тяжелая степень тяжести – проявляется наличием более 40 папулопустулезных элементов, абсцедирующих, флегмонозных или конглобатных угрей.

В 2009г. в Киото решением Международного альянса по лечению акне (Global Alliance acne treatment, GA) были разработаны ключевые рекомендации по ведению пациентов с акне для пациентов, для врачей дерматологов, для врачей других специальностей. Ключевые рекомендации для пациентов с угревой болезнью: существуют очень эффективные методы лечения акне; раннее начало лечения крайне важно, так как это предотвращает развитие осложнений; лечение может привести к быстрому разрешению некоторых высыпаний, однако для достижения эффекта необходимо время; пациенту с акне необходима консультация дерматолога. Ключевые рекомендации для врачей-дерматологов: наружные ретиноиды применимы в большинстве случаев, следует избегать монотерапии системными и местными антибиотиками, наружные ретиноиды в сочетании с местными антибиотиками применимы во всех случаях, кроме тяжелых форм. Ключевые рекомендации для врачей других специальностей: наружные ретиноиды применимы в большинстве случаев, раннее лечение

Проведено клиническое наблюдение 20 пациентов, страдающих легкой степенью угревой болезни с преобладанием комедонов и небольшим количеством папул и пустул, получавших в качестве монотерапии 0,1 водный гель адапалена 1 раз вечером в течение 12 недель. Утром всем пациентам было рекомендовано наносить солнцезащитное средство. В результате проведенного лечения адапаленом клиническое выздоровление отмечено у 45% пациентов, значительное улучшение – у 35% пациентов, улучшение – у 20% пациентов. После 2х недельного перерыва всем пациентам была рекомендована процедура поверхностного химического пилинга гликолевой кислотой 15-30% с целью улучшения текстуры кожи. Побочные эффекты в ходе исследования зарегистрированы не были.

Clinical observation of 20 patients, suffering by easy degree acne with prevalence of comedos and a small amount of papules and the pustules receiving as monotherapy 0,1 water gel adapalen of 1 time on evening within 12 weeks is spent. It was recommended to all patients to put a sun-protection agent in the morning. As a result of the treatment clinical recovery isn'ted at 45 % of patients, appreciable improvement – at 35 % of patients, improvement – at 20 % of patients. After 2x a week break procedure of a superficial chemical peeling by a glycolic acid of 15-30 % for the purpose of improvement of a structure of a skin has been recommended all patients. By-effects during research were not registered.

акне необходимо и эффективно, наружные ретиноиды в сочетании с местными антибиотиками являются терапией первого ряда в большинстве случаев, угревая болезнь - хроническое заболевание кожи, требующее основного курса лечения и поддерживающей терапии (4,5).

Безусловно, что топические ретиноиды сегодня препараты выбора в лечении акне и применяются как монотерапия при легкой степени тяжести течения угревой болезни и в сочетании с системной терапией при лечении угревой болезни средней степени тяжести и тяжелого течения на фоне правильного подобранного базового ухода. Препараты противопоказаны в период беременности, кормления грудью, одновременно с препаратами, вызывающими шелушение и сухость кожи. Побочные действия топических ретиноидов могут выражаться в появлении эритемы, дерматитов, сухости кожи, усилении шелушения, тератогенности. При назначении топических ретиноидов пациентам следует избегать воздействия УФО излучения, так как спектр абсорбции топическими ретиноидами составляет 300-400 нм, одновременного применения системных тетрациклина и глюкокортикостероидов. К ретиноидам 3го поколения относится производное нафтойной кислоты с ретиноидоподобным действием - адапален. Терапевтический эффект обусловлен способностью адапалена связываться с ретиноидчувствительными рецепторами сально-волосяных фолликулов γ типа, оказывать комедонолитическое

действие, подавлять развитие воспаления (5,6,7).

Целью проведенного исследования явилось изучение эффективности и безопасности 0,1% водного геля адапалена в терапии вульгарных угрей.

В исследование были включены 20 больных угревой болезнью, в возрасте от 15 до 25 лет с длительностью заболевания от 2 лет до 10 лет, с преимущественной локализацией высыпаний только на коже лица с легкой степенью течения заболевания, у которых наблюдались комедоны, небольшое количество папул и пустул. Адапален назначали в качестве монотерапии 1 раз в день на ночь на предварительно очищенную кожу в течение 12 недель. Утром всем пациентам было рекомендовано применение солнцезащитного средства. Оценкой эффективности проводимой терапии являлся контроль количества открытых и закрытых комедонов и папуло-пустулезных элементов. Через 3 недели применения количество воспалительных элементов уменьшилось на 35%, отмечалось уменьшение «жирного блеска» кожи. Через 6 недель применения новые элементы не появлялись, количество воспалительных элементов и комедонов уменьшилось на 40%. Через 12 недель терапии у большинства пациентов воспалительные элементы регрессировали, количество комедонов уменьшилось до незначительного.

В результате проведенного лечения адапаленом клиническое выздоровление отмечено у 45% пациентов, значительное улучшение – у 35% пациентов, улучшение

– у 20% пациентов. После 2х недельного перерыва всем пациентам была рекомендована процедура поверхностного химического пилинга гликолевой кислотой 15-30% с целью улучшения текстуры кожи. Побочные эффекты в ходе исследования зарегистрированы не были.

Литература

1. Акне. Клинические рекомендации. Под ред. Кубановой А.А., - Москва, 2010, 27с.
2. Юцковская Я.А., Еременко И.Е., Ковальчук Е.В. Терапия акне в зависимости от степени тяжести заболевания: клинический опыт // Вестник эстетической медицины, 2011, том 10, №3, с.2-8.
3. Рудых Н.М. изучение качества жизни у пациентов с угревой болезнью// Тезисы докладов 4 НПК «Санкт-Петербургские дерматологические чтения», - Санкт-Петербург, - 2010
4. Dreno B., Poli F. Epidemiology of acne, 20th World congress Dermatology, 2002, Ann Dermatol Venerol, Is 132
5. Поткаев Н.Н., Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Акне (угревая болезнь): современный взгляд на проблему // Consilium medicum, 2008, №1
6. Майорова А.В., Шаповалов В.С., Ахтямов С.Н. Угревая болезнь в практике врача дерматокосметолога, М., 2005, 192с.
7. Волкова Е.Н., Л.А. Ильин, А.Б. Воробьев Наружная терапия угревой болезни: работа над ошибками// Росс. журнал кожных и венерических болезней, 2011, №4, с.1-4

Комплексный подход в лечении заболеваний волос

Акимова С.А., поликлиника №4, г. Алматы

На сегодняшний день, несомненно, стремительно развивается трихология, внедряются новые методы терапии. Однако, проблема заболеваний волос остается актуальной и поиск оптимальных методов лечения продолжается. К сожалению, в последнее время продолжает увеличиваться число пациентов, отмечающих высыпания на коже волосистой части головы, сопровождающиеся зудом и шелушением (1,2,3,4). Среди этих пациентов преобладают лица, страдающие себорейным дерматитом – это заболевание, которое характеризуется хроническим рецидивирующим течением и связано с количественным, а главное качественным изменением кожного сала, особенно изменение соотношения сквалена к триглицеридам. Клинически и экспериментально доказано, что ведущая этиологическая роль в развитии себореи принадлежит изменению pH кожи и переходу сапрофитов *malassezia* в патогенную форму, а также провоцирующая роль многочисленных неблагоприятных факторов (5,6). Клинически себорейный дерматит кожи волосистой части головы проявляется эритемой, шелушением, зудом. Кроме того, при себорейном дерматите роговые чешуйки скапливаются в устье волосяного фолликула, появляется перхоть и развиваются дистрофические изменения, преобладают диспластические и телогеновые волосы и развивается «себорейная алопеция» (7). Актуальность проблемы определяется также тем, что часто себорея развивается без системных проявлений и выявить истинную причину заболевания удается редко (1,2,3).

Целью исследования явилось изучение эффективности комплексной терапии пациентов, страдающих жирной себореей с включением шампуня с циклорироксоломином и мезотерапевтического введения поливитаминных препаратов.

В исследование были включены 15 пациентов, наблюдающиеся в г. Алматы с жалобами на зуд, высыпания на коже волосистой части головы, жирные салые волосы, перхоть. Распределение пациентов по полу и возрасту представлено в таблице 1:

Таблица 1. Распределение больных по возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины
20-25 лет	5	6
26-35 лет	3	1

Всем пациентам до начала лечения было проведено клиничко-лабораторное исследование – общий анализ крови, общий анализ мочи. В исследование не были включены пациенты с тяжелой почечной и печеночной недостаточностью, беременные, пациенты, применяющие глюкокортикоиды, антибиотики, иммунодепрессанты, с злокачественными новообразованиями, лица, участвующие в другом клиническом испытании в течение последних 3 месяцев. Условия выбывания пациентов из исследования – несоблюдение режима назначения препарата. У всех обследованных пациентов был тщательно проведен сбор анамнеза – давность указанных симптомов составила от 2х до 4х лет. Из всех обследованных 10 пациентов ранее обращались с вышеуказанными жалобами за медицинской помощью: 3 пациентов к врачу дерматологу, 2 пациента – к семейному врачу, 5 пациентов – к дерматокосметологу, 5

В проведенном исследовании 15 пациентов, страдающих жирной себореей получали в составе комплексной терапии шампунь с циклопироксоломином и мезотерапию. Сеансы мезотерапии проводили в 2 этапа - сосудистый препаратом Гибилан, 2 этап собственно мезотерапия HairCare 1 раз в неделю. В результате комплексной терапии клиническое выздоровление достигнуто у 80% пациентов.

15 емделушінің өткіздір-өткізу зертте-, майлы себореей сусабын мен циклопироксоломином күйзелемін ара құрам кешенді терапияның ал- және мезотерапию. Мезотерапия сеанстарын - тамырды Гибилан препаратының 2 кезеңге деген жасады, 2 кезең меншікті мезотерапия HairCare 1 ретті в аптаны. Ара нәтиже кешенді терапияның клиникалық сауығу бас 80% емделушілердің кемел.

In the spent research of 15 patients, suffering a fat seborrhea received as a part of complex therapy shampoo with cyclopyroxolamine and a mesotherapy. Mesotherapy sessions spent to 2 stages - vascular a preparation of Gibilan, 2 stage actually mesotherapy HairCare once a week. As a result of complex therapy clinical recover is reached at 80 % of patients.

пациентов ранее не обращались. 3 из 15 пациентов ранее получали наружное лечение (лечебные шампуни, мази с салициловой кислотой) с временным улучшением, 2 пациента получали мезотерапию как монотерапию на область волосистой части головы с временным улучшением, 4 пациента ранее самостоятельно применяли лечебные шампуни с кетоконазолом с временным улучшением, почти все пациенты (12) самостоятельно применяли различные косметические шампуни без видимого улучшения. Наиболее вероятными причинами данного обострения большинство пациентов считают: погрешности в диете, смена шампуней и средств по уходу за волосами, ношение головных уборов, стрессы

Негативное влияние себореи волосистой части головы на качество жизни пациентов несомненно. В связи с чем, при сборе анамнеза особо тщательно оценивалось эмоциональное состояние пациентов. Так, все обследованные пациенты отмечали депрессивное настроение, нарушение социальной адаптации, эмоциональный дискомфорт.

В терапии заболеваний волосистой части головы большая роль принадлежит лечебным шампуням, которые могут применяться как моно терапия в легких случаях и в составе комплексной терапии в среднетяжелых и тяжелых случаях. Все больше врачей и пациентов предпочитают назначение лечебных шампуней с содержанием кетоконазола, цинка, дегтя, селена. Следует отметить, что требования к таким препаратам тоже высоки – они должны быть удобными в применении, эффективными и безопасными, не вызывать неприятные ощущения. На се-

годняшний день всем этим требованиям отвечает шампунь с инновационным компонентом циклопироксоламином, который обладает фунгицидным, антибактериальным, кераторегулирующим и косметическим действиями.

Особая роль в терапии заболеваний кожи волосистой части головы принадлежит мезотерапии, которая принципиально отличается от традиционного общего введения препаратов. Мезотерапия заключается в локо-регионарном введении малых доз лекарственных веществ, позволяет использовать как монокомпонентные препараты, так и мезотерапевтические коктейли. Важно, что введение мезотерапевтических коктейлей позволяет вводить в очаг поражения поливитаминный комплекс и также обеспечивает сбалансированную работу препарата в очаге поражения. Основной принцип мезотерапии: мало, редко, в нужное место позволяет использовать эффективные препараты в минимальной достаточной дозе, избегая неблагоприятных побочных действий возможных при системном парентеральном введении (8). Кроме того, мезотерапевтическое применение коктейлей подразумевает не только парентеральное введение, но и «безигольное» или аппаратное введение поливитаминных коктейлей.

Все обследованные получали комплексную терапию с включением лечебного шампуня «Себипрокс» и мезотерапевтические сеансы, которые проводились в 2 этапа:

1 этап – сосудистый. С этой целью применяли препарат «Гибилан» (экстракт гинко-билоба), который действует, стимулируя артериальный кровоток, устраняет спазм прекапиллярных сфинктеров. За счет чего восстанавливается капиллярный кровоток, улучшается снабжение тканей кислородом и ускоряется выведение продуктов метаболизма.

2 этап – собственно сеанс мезотерапии препаратом HairCare, который содержит уникальный состав микроэлементов, витаминов, аминокислот. Препарат «HairCare» применяли методом срединного наппажа по окружности волосистой части головы, а также с использованием дополнительной техники по всей поверхности кожи волосистой части головы.

Критериями оценки эффективности проведенной терапии явились:

Отсутствие/уменьшение субъективных симптомов

Клинические:
выздоровление
улучшение
отсутствие эффекта

В результате проведенного исследования отмечен регресс клинических симптомов: зуда, шелушения, эритемы, выпадения волос. Клиническое выздоровление отмечено у 80% обследованных пациентов спустя 3 недели от начала лечения. Клиническое улучшение было достигнуто у 20% пациентов с себорейным дерматитом.

Выводы:

Комплексная терапия больных себорейным дерматитом с включением лечебного шампуня Себипрокс 2-3 раза в неделю в течение 2х месяцев и мезотерапевтического применения коктейля «HairCare» 1 раз в неделю привела к клиническому выздоровлению у 80% пациентов.

Список литературы

1. Ткачев В.П., Барунова Н.Г. Трихоскопические и патоморфологические особенности рубцовых и нерубцовых алопеций Сборник тезисов 2го Конгресса ЕААД, Москва, 2012, с.94-95
2. Пуяна Курош некоторые особенности эпидемиологии облысения в Иране Сборник тезисов 2го Конгресса ЕААД, Москва, 2012, с.94
3. Шампунь деркос
4. Суколин Г.И. Себорейный дерматит: новое в этиологии и лечении. Русский медицинский журнал 1998; №6, с. 382–384.
5. Марина Ечева К вопросу об этиологии, клинике и лечении Себорейного дерматита. Косметика и медицина 2001, № 5, с.24
6. Бутов Ю.С., Полеско И.В., 2009
7. Божченко А. А. Рубцовые и нерубцовые алопеции: особенности патогенеза и терапии : Дис. Е канд. мед. наук.– СПб., 1999.– 255 л.
8. Завадский В.Н. Опыт мезо-пульс-терапии атопического дерматита. Сборник тезисов 2го Конгресса ЕААД, Москва, 2012, с.89

Опыт наружного лечения пациентов с атопическим дерматитом

Акимова С.А., поликлиника №4, г. Алматы

Ведущей проблемой детской дерматологии на сегодняшний день признаны аллергические заболевания кожи как наиболее распространенные, склонные к хроническому рецидивирующему течению, торпидные к проводимой терапии. По данным зарубежных авторов, 10% пациентов врача общей практики – это пациенты с дерматологической патологией. Актуальность проблемы подтверждают результаты эпидемиологического исследования, проведенного во многих странах, свидетельствующие о росте атопического дерматита среди детей - от 10% до 28%, и аллергические заболевания кожи впервые выявленные в детском возрасте чаще являются этиологическим фактором респираторных аллергий. Актуальность проблемы обусловлена также результатами диспансерного наблюдения больных - у 25% больных атопическим дерматитом отмечается развитие бронхиальной астмы, у 25% - аллергических ринитов, у 41,5% - сезонных поллинозов, а также влиянием атопического дерматита на социальную адаптацию пациента и снижение качества жизни пациентов. Так, у детей, страдающих аллергическими заболеваниями кожи выявлены психопатологическое формирование личности, эмоциональные расстройства, нарушения сна, повышенная раздражительность и тревожность. Отечественными и зарубежными исследователями установлено, что характерной особенностью клинической картины аллергических заболеваний кожи является «двойная» клиническая картина – экзематизация и лихенификация, что значительно затрудняет диагностику этого заболевания.

Атопический дерматит - это хроническое аллергическое заболевание кожи, развивающееся у лиц с генетически обусловленной атопией, характеризующееся рецидивирующим течением, возрастной эволюцией кожных проявлений, экссудативными и лихеноидными высыпаниями, повышением уровня сывороточного Ig E и гиперчувствительностью к специфическим и неспецифическим раздражителям. Мнения различных авторов свидетельствуют о том, что в структуре всех аллергических заболеваний кожи 50-60% занимает атопический дерматит, заболеваемость атопическим дерматитом составляет до 5% всего населения.

Общеизвестно, что основным патогенетическим звеном атопического дерматита является генетически обусловленное (мультифакториальный полигенный тип наследования) изменение иммунного ответа на воздействие аллергенов и известно около 20 генов, связанных с предрасположенностью к атопии.

Диагностика атопического дерматита основывается на характерных данных анамнеза и клинической картине заболевания.

В настоящее время основными клиническими проявлениями атопического дерматита принято считать:

1. типичные морфологические элементы на коже,
2. характерная локализация высыпаний,
3. зуд кожи различной интенсивности,
4. сочетание поражения кожи с другими клиническими проявлениями атопии

Клиническое течение атопического дерматита отличается периодичностью течения и возрастной эволюцией

В результате комплексной терапии больных атопическим дерматитом было получено уменьшение субъективных ощущений в виде зуда и жжения до незначительных в среднем на 7-9 день лечения у 75% больных. Разрешение клинических симптомов заболевания: шелушения на 7-8 день лечения наблюдается у 35% пациентов; эритема регрессировала на 8-9 день применения у 67% пациентов. При назначении топических глюкокортикостероидов у детей предпочтительнее применять метилпреднизолон ацепонат, у взрослых пациентов с выраженными субъективными симптомами – бетаметазон валерат, при длительном применении в режиме проактивной терапии – мометазон фуروات. Обязательным является сочетанное применение средств базового ухода за кожей.

Ара нәтиже аурудың кешенді терапиясының атопикалық дерматитпен ал- субъективті оңушыуы кемуі түрінде қышудың және күйнің дейін аз орташа шипаның 7-9 күніне бас аурудың 75% бол-. Ауруға шалдығудың клиникалық белгісінің рұқсаты: түлеудің шипаның 7-8 күніне бас 35% емделушілердің қаралады; эритема бас 67% емделушілердің қолданыстың 8-9 күніне деген регрессировала. При топических глюкокортикостероидов мақсатында бас бала-шағалардың предпочтительнее қолдан- ацепонат метилпреднизолонның, бас ересек емделушілердің білдір- субъективті белгілермен - беталарға

As a result of complex therapy sick the atopic dermatitis had been received reduction subjective оңушыуы in the form of an itch and a burning sensation to insignificant on the average for 7-9 day of treatment at 75 % of patients. The permission of clinical symptoms of disease: an ecdysis for 7-8 day of treatment it is observed at 35 % of patients; the erythema regressed for 8-9 day of application for 67 % of patients. At appointment topical глюкокортикостероидов at children it is more preferable to apply Methylprednisolonum ацепонат, at adult patients with the expressed subjective symptoms – betamethasone валерат, at long application in a regimen of proactive therapy – мометазон фуروات. Obligatory is сочетанное application of agents of base care by a skin

кожных проявлений, в зависимости от которых можно выделить несколько стадий . - младенческая встречается в возрасте от 2-3 месяцев до 3 лет, характеризуется преимущественно экссудативной формой заболевания, наблюдаются гиперемия, отек лица за исключением носогубного треугольника, микровезикулы, мокнутие, корочки. -эритематозно-сквамозная форма заболевания – появляются гиперемия, незначительный отек, зудящие папулы, везикулы, эрозии, следы расчесов, шелушение. Субъективно отмечается зуд различной степени интенсив-

ности, дермографизм красный или смешанный.

- детская - в возрасте от 2-3 лет до 10-12 лет, характеризуется преимущественно эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией, наблюдается локализация высыпаний на сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, задне-боковых поверхностях шеи, тыле кистей. Отмечаются эритема, шелушение, мелкие плоские и фолликулярные папулы красного цвета и цвета нормальной кожи, склонные к слиянию с формированием очагов инфильтрации и лихенификации, трещины, следы расчесов, эксфолиации, лихенификация. Субъективно отмечается зуд различной степени интенсивности, дермографизм стойкий белый или смешанный.

- подростковая форма – в возрасте от 12 до 18 лет, отличается развитием лихеноидной формы заболевания, с преимущественной локализацией высыпаний на коже лица (в периоральной и периорбкулярной областях), на коже шеи в области «декольте», сгибательной поверхности локтевых суставов, тыл кистей, запястья. Наблюдаются сухость кожи, выраженная лихенификация, отек, эксфолиация, инфильтрации, следы расчесов. Субъективно отмечается выраженный зуд, дермографизм стойкий белый.

- в более старшем возрасте характерно развитие пруригоподобной формы заболевания. На фоне очагов лихенификации наблюдается появление отдельно расположенных плотных отечных папул, на вершине которых образуются пузырьки. Излюбленная локализация высыпаний на коже лица (в периоральной и периорбкулярной областях), на коже шеи в области «декольте», сгибательной поверхности локтевых суставов, тыл кистей, запястья. Субъективно отмечается выраженный зуд, дермографизм стойкий белый.

Учитывая сложный патогенетический механизм развития атопического дерматита в комплексной терапии применяются патогенетические методы, направленные на элиминацию аллергенов и неаллергенных факторов, биологически активных веществ, комплексов антиген-антигено, санацию очагов хронической инфекции, восстановление или улучшение функций печени, органов пищеварения и процессов всасывания, коррекцию сегментарных вертебральных дисфункций, коррекцию вертебральных расстройств, коррекцию психо-эмоционального статуса, витаминотерапия, коррекцию иммунологических нарушений, улучшение микроциркуляции и метаболизма в коже, устранение субъективных ощущений. Основную цель лечения больных атопическим дерматитом представляют купирование субъективных симптомов, устранение воспалительной реакции в коже, длительное поддержание достигнутого эффекта.

Ведущая роль в эффективности проводимого лечения имеет рационально подобранная наружная терапия. Основными целями наружного лечения больных аллергическими заболеваниями кожи являются устранение причины, устранение симптомов острого и хронического воспаления, устранение субъективных ощущений, восстановление барьерной функции кожи, профилактика вторичного инфицирования, реабилитация поврежденной кожи. Все средства для наружного лечения должны обладать высоким спектром безопасности, хорошей переносимостью, активным и пролонгированным противовоспалительным действием.

Среди средств местного лечения больных аллергическими заболеваниями кожи широкое распространение получили глюкокортикостероиды для наружного применения, обладающие противовоспалительной, противозудной и антиаллергической активностью. Механизм лечебного действия местных глюкокортикостероидов основан на трех направлениях: противовоспалительное, сосудосуживающее, подавление пролиферации. Побочные эффекты местных глюкокортикостероидов зависят от активности

используемого препарата, частоты и длительности применения, характера формообразующей основы и делятся на местные и системные. В настоящее время при разработке новых стероидных препаратов топического действия следует учитывать определенные требования которые определяют оптимальный профиль лекарственного средства: высокая клиническая эффективность, высокая системная безопасность, высокая местная безопасность, удобство применения при различных стадиях и локализации кожного процесса за счет наличия оптимальных лекарственных форм, удобство применения. Противопоказаниями к назначению топических глюкокортикостероидов являются туберкулезная или сифилитическая инфекция, вирусные заболевания, кожные реакции на вакцинацию в области нанесения препарата, наличие повышенной чувствительности к компонентам препарата. Назначение топических глюкокортикостероидов требует соблюдения определенных правил:

- применение в острой, подострой и хронической фазах заболеваний и не использование для профилактики,

- преимущественное назначение препаратов с высокой эффективностью и безопасностью, обладающих пролонгированным действием,

- начинать лечение с сильных кортикостероидов, затем переходить на слабые,

- преимущественно проводить короткие прерывистые курсы лечения,

Важно, что назначение топических глюкокортикостероидов у детей должно носить характер «скорой помощи» и использование препарата продолжается до полного купирования воспалительного процесса. В настоящее время получены определенные данные доказывающие, что кожа после перенесенного воспаления – это предвоспалительная стадия следующего обострения. В связи с чем оправдано внедрение так называемой «терапии выходного дня» или проактивная терапия – применение топического глюкокортикостероида на предполагаемые очаги поражения 2-3 раза в неделю длительное время с обязательным применением средств базового ухода за кожей, что позволяет избегать обострений кожного процесса у больных атопическим дерматитом со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания.

Отбор больных для исследования проводился методом случайного выбора

Основную группу больных составили 30 больных атопическим дерматитом эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией, которые получали наружное лечение различными топическими глюкокортикостероидами сильной группы: бетаметазона валерат у 12 взрослых пациентов в период обострения, метилпреднизолона ацепонат у 8 детей в период обострения, мометазона фураат у 10 пациентов как «терапия выходного дня» в подострый период. Применяли метод тандем-терапии, заключающийся в сочетании с обязательным применением средств базового ухода за кожей. В эту группу были включены пациенты в возрасте от 7 до 26 лет, страдающие атопическим дерматитом с детства, отмечающие обострения кожного процесса ежегодно, ранее получавшие различные наружные глюкокортикостероидные препараты с различной степенью эффективности. Клинически у всех пациентов отмечалась типичная локализация высыпаний в области локтевых и подколенных сгибов, задне-боковой поверхности шеи, наблюдались – эритема, шелушение, инфильтрация, лихенификация, эксфолиации, стойкий белый дермографизм, «сточенные полированные» ногтевые пластины на руках. Субъективно все обследованные пациенты отмечали выраженный зуд. В качестве общей терапии пациенты этой группы получали десенсебилизирующие, антигистаминные, седативные, дезинтоксикационные средства,

витамины группы А, Е, С, пробиотики, энтеросорбенты.

В результате комплексной терапии больных атопическим дерматитом было получено уменьшение субъективных ощущений в виде зуда и жжения до незначительных в среднем на 7-9 день лечения у 75% больных, на 10-12 день лечения – у 14% больных и на 15-16 день лечения у 11% больных. Разрешение клинических симптомов заболевания: шелушения на 7-8 день лечения наблюдается у 35% пациентов, на 8-9 день – у 58%, на 10-11 день – у 17% больных; эритема регрессировала на 8-9 день применения у 67% пациентов, у 33% больных отмечено значительное уменьшение эритемы на 10-11 день использования препарата. При назначении топических глюкокортикостероидов у детей предпочтительнее применять метилпреднизолон ацепонат, у взрослых пациентов с выраженными субъективными симптомами – бетаметазона валерат, при длительном применении в режиме проактивной терапии – мометазона фураат.

Выводы

Включение в лечение больных атопическим дерматитом эритематозно-сквамозной формой с лихенефикацией топических глюкокортикостероидов требует внимательного

назначения, оптимального выбора препарата, обязательного использования средств базового ухода за кожей и приводит к клиническому выздоровлению у 77% больных, клиническому улучшению у 23% обследованных больных.

Литература

1. Ж.Б. Испаева *Атопический дерматит у детей в Республике Казахстан. Научно-практическая программа* // Алматы, 2004, 62с.
2. И.М. Корсунская, Е.В. Дворянкова *О дифференцированном подходе к применению топических стероидов в детской дерматологии* // *Вопросы современной педиатрии*, 2002, т.1, №4, с.64-66
3. С.И. Данилов, В.А. Пирятинская *Топические глюкокортикостероиды нового поколения в наружной терапии дерматозов* // *Русский медицинский журнал*, 2000, т.8, №6, с. 257-260
4. Г.И. Суколин, К.И. Плахова, Н.А. Имаева, О.Г. Суколина *Топические кортикостероиды в современной терапии дерматозов* // *Русский медицинский журнал*, 2003, т.5, №4, с.95-97
5. А.Н. Пампура, А.И. Хавкин *Современные подходы к наружной противовоспалительной терапии атопического дерматита* // *Клиническая дерматология и венерология*, 2007, №2, с. 5-9

Райза Нисекешевна Есеналиева

К 70 – летию со дня рождения

Кандидат медицинских наук, врач высшей категории, доцент Райза Нисекешевна Есеналиева родилась 9 марта 1943 г. в поселке Байчунас Макатского района Гурьевской (ныне Атырауской) области в семье военнослужащего. После окончания средней школы в г.Атырау поступила на лечебный факультет Алма-Атинского государственного медицинского института, который окончила в 1966 году. Прошла обучение на цикле первичной специализации по оториноларингологии, затем начала работать врачом-ординатором в ЛОР отделении 2-й городской клинической больницы г. Алматы. За короткий срок работы (за 2 года) активно выполняла многие виды хирургических вмешательств на ЛОР органах, которые были отмечены положительно сотрудниками отделения и руководством больницы, а также пациентами, благодарность которых выражалась ещё в то время на страницах издания (газета «Вечерняя Алма-Ата» от 13 августа 1968 г.).

С 1969 по 1977 г.г. работала младшим, затем – старшим, научным сотрудником отдела профзаболеваний НИИ краевой патологии, проводя научные исследования и обследования ЛОР органов у рабочих промышленных предприятий республики Казахстан. В 1974 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Состояние слизистой оболочки верхних дыхательных путей у рабочих титанового производства».

В 1978 году была направлена в МЗ РК в рабочую группу по подготовке проведению Международной конференции ВОЗ и ЮНИСЕФ по ПСМП, где участвовали делегаты свыше 150 стран и на этой конференции принята Алма-Атинская Декларация ВОЗ/ЮНИСЕФ по ПСМП.

В 1979 году работала в НИИ кардиологии на должности ученого секретаря, затем, с 1981 по 1986 г.г., – ассистента кафедры ЛОР-болезней АГМИ.

Р.Н.Есеналиева, по приглашению заведующей кафедры



ЛОР-болезней АГИУВ доктора медицинских наук, профессора С.Ш.Баймакановой, была принята на кафедру, где работала доцентом с 1987 по 2001г. и проводила большую работу по учебно-методической, лечебной деятельности кафедры; участвовала в выполнении научно-исследовательской работы кафедры, подготовке врачей. Непосредственное участие принимала в подготовке более 10-ти клинических ординаторов. Она автор свыше 70 печатных работ, в том числе - 4 учебно-методических пособия. Была организатором многих научно-практических конференций, мастер

- классов.

С 2002 года – заведует курсом оториноларингологии Казахстанско-Российского медицинского университета, где учебная деятельность имеет широкий диапазон – от обучения студентов, интернов, резидентов до подготовки и переподготовки врачей (ПДО). За годы работы в университете ею обучены и аттестованы 32 врача – интерна по специальности «оториноларингология».

В научно-практической деятельности Р.Н.Есеналиева оказывает большую практическую помощь органам здравоохранения: проводит круглосуточную консультативную работу с выполнением разной степени сложности оперативных вмешательств, включая микроэндохирургические вмешательства при заболеваниях уха, полости носа и пазух. Является врачом высшей категории. Награждена значком «Отличнику здравоохранения», медалью «Ветеран труда».

Доцент Р.Н.Есеналиева – высококвалифицированный специалист, мастер-педагог.

Сердечно поздравляем Райзу Нисекешевну с юбилеем, желаем здоровья, счастья и дальнейших творческих успехов.

*Ректорат Казахстанско-Российского медицинского университета,
Правление городского общества оториноларингологов Алматы*

Для заметок

Для заметок